

Université de Sherbrooke

La thérapie cognitive-comportementale transdiagnostique pour le traitement des troubles anxieux en contexte de première ligne : étude qualitative sur l'acceptabilité de l'intervention par les patients.

Par
Ai-Thuy Huynh, B.Sc.
Programmes recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention
du grade de *maitre ès sciences* (M.Sc.) en sciences de la santé

Sherbrooke, Québec, Canada
Janvier, 2019

Membres du jury d'évaluation

Pasquale Roberge, PhD., directrice de recherche,
Programmes recherche en sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Isabelle Gaboury, PhD., directrice de recherche,
Programmes recherche en sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Karine Bertrand, PhD., évaluatrice interne,
Programmes recherche en sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Christine Genest, PhD., évaluatrice externe,
Faculté des sciences infirmière, Université de Montréal

RÉSUMÉ

La thérapie cognitive-comportementale transdiagnostique pour le traitement des troubles anxieux en contexte de première ligne : Étude qualitative sur l'acceptabilité de l'intervention par les patients

Par

Ai-Thuy Huynh

Programmes recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de *maître ès sciences* (M.Sc.) en sciences de la santé,
Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke,
Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Contexte : Les troubles anxieux suivent souvent un cours chronique ayant des ramifications sociales et économiques importantes. Pour les patients qui présentent des troubles anxieux, la première ligne est le principal point d'entrée pour obtenir des soins. Cependant, la majorité de ces patients n'ont pas accès à un traitement psychothérapeutique fondé sur des données probantes en raison d'un manque de ressources expertes en thérapie cognitive comportementale (TCC) en première ligne. La thérapie cognitive comportementale transdiagnostique (TCC-T) de groupe est une des solutions proposées pour améliorer l'accès à la TCC et pallier le manque de ressources expertes en TCC en première ligne. Cependant, l'efficacité de la TCC-T pour le traitement des troubles anxieux n'a été établie que dans des cliniques spécialisées en psychologie et son acceptabilité par les patients n'a pas été étudiée de façon approfondie. **Objectif :** Documenter l'acceptabilité par les patients qui présentent des troubles anxieux de la TCC-T de groupe offerte en première ligne. **Méthode :** Une étude qualitative descriptive imbriquée dans un essai clinique pragmatique portant sur la TCC-T a été menée. L'échantillon était composé de patients qui présentent des troubles anxieux provenant du groupe expérimental de l'étude principale. Une stratégie d'échantillonnage à variation maximale basée sur le sexe, le diagnostic principal et l'adhésion à la thérapie a été utilisée. Des entrevues individuelles semi-structurées s'appuyant sur une méta-définition du concept d'acceptabilité ont été menées. L'analyse thématique a été employée pour analyser les données. **Résultats :** Dix-sept patients ont été rencontrés en entrevue. En général, les patients semblent percevoir la TCC-T comme ayant une bonne acceptabilité. Les facteurs contribuant à l'acceptabilité par les patients rencontrés ont été classés en huit thèmes : 1) la thérapie transdiagnostique; 2) les stratégies d'intervention; 3) le format de groupe; 4) la cohésion de groupe; 5) des co-thérapeutes avec des expertises différentes; 6) la qualité de l'alliance thérapeutique; 7) l'efficacité perçue de la TCC-T; et 8) l'accessibilité à la thérapie. **Conclusion :** Dans un contexte de première ligne, l'acceptabilité de la TCC-T par les patients était généralement perçue comme adéquate. Les principales recommandations pour améliorer l'acceptabilité portent sur la cohésion du groupe et les séances d'exposition de groupe en contexte transdiagnostique.

Mots-clés : Acceptabilité par les patients, troubles anxieux, thérapie cognitive comportementale transdiagnostique, thérapie de groupe, soins en première ligne, étude qualitative.

SUMMARY

Transdiagnostic Cognitive Behavioural Group Therapy for the Treatment of Anxiety Disorders in Primary Care Settings: An Acceptability Study

By
Ai-Thuy Huynh
Health sciences Program

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science in Health sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Background: Anxiety disorders are often chronic conditions with social and economic ramifications for which primary care is the predominant point of entry for obtaining care. Most patients do not have access to evidence-based psychotherapy as part of their primary care services because of a lack of resources and expertise. Group transdiagnostic cognitive behavior therapy (tCBT) could improve access to CBT. In order for treatments to be efficacious, patients need to accept, adhere and utilize the services offered. However, the efficacy of tCBT for the treatment of anxiety disorders has only been established within specialized anxiety disorder clinics, and its acceptability by patients has not been studied extensively. *Objective:* To document patient acceptability of group tCBT in primary care. *Methods:* An embedded qualitative study was conducted as part of a pragmatic clinical trial of tCBT. The sample was composed of participants with anxiety disorders from the experimental group (i.e. tCBT). A maximum-variation purposive sampling strategy method based on sex, principal diagnosis, and treatment adherence. Individual semi-structured interviews were conducted based on a meta-definition of the concept of acceptability. Thematic analysis was used to analyze data. *Results:* Seventeen patients were interviewed. tCBT in primary care seems to have a good acceptability from a patient's perspective. Patients' perception of acceptability of tCBT was classified into eight themes: 1) the transdiagnostic aspect; 2) intervention strategies; 3) group format; 4) group cohesion; 5) presence of two therapists with different expertise; 6) the quality of therapeutic alliance; 7) perceived effectiveness; and 8) access to the therapy. *Conclusion:* The acceptability of the tCBT intervention for patients was generally perceived as adequate when offered in primary care. The main recommendations to enhance acceptability are related to group cohesion and transdiagnostic group exposure sessions.

Keywords: Patient acceptability, anxiety disorders, transdiagnostic cognitive behavioural therapy, group therapy, primary care, qualitative study.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
SUMMARY	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	viii
REMERCIEMENTS	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	3
1.1 Que sont les troubles anxieux?	3
1.2 Ampleur du problème	5
1.3 Constats et enjeux	7
1.4 Solution proposée – la thérapie cognitive comportementale transdiagnostique (TCC-T)	9
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS.....	12
2.1 Stratégie de recherche documentaire.....	12
2.2 Les études sélectionnées	15
2.2.1. Les préconceptions des patients face à la TCC	15
2.2.2. Les préférences des patients	16
2.2.3. La crédibilité	17
2.2.4. L’acceptabilité de la TCC et de la TCC-T par les patients.....	19
2.2.5. Les déterminants de l’acceptabilité et de la satisfaction	27
2.2.6. L’adhésion à la TCC.....	28
2.3 Résumé de l’état des connaissances.....	30
2.4 Forces et limites des études recensées	31
2.5 Pertinence de l’étude actuelle	33
CHAPITRE 3 : CONTEXTE ET OBJECTIFS	41
3.1 Contexte du projet de recherche	41
3.2 Objectifs de recherche.....	44
3.2.1. Objectif général.....	45
3.2.2. Objectifs spécifiques	45
CHAPITRE 4 : CONCEPT DE L’ACCEPTABILITÉ ET CADRE CONCEPTUEL	46
4.1. Concept de l’acceptabilité	46
4.1.1. Son importance.....	46
4.1.2. Définitions	47
4.1.3. La différence entre les taxonomies	49
4.2. Cadre conceptuel	50

CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE.....	55
5.1 Dispositif de recherche	55
5.2 Participants	55
5.3 Recrutement	56
5.4 Collecte des données et outils	56
5.5 Considérations éthiques	57
CHAPITRE 6 : ARTICLE.....	59
6.1 Avant-propos de l'article	59
6.2 Résumé de l'article	60
6.3 Article	61
Introduction.....	64
Methodology	65
Results	71
Theme 1: Transdiagnostic therapy	75
Theme 2: Intervention strategies	76
Theme 3: Group format	79
Theme 4: Group cohesiveness.....	81
Theme 5: Co-therapists with differing expertise	82
Theme 6: Quality of the therapeutic alliance	82
Theme 7: Perceived effectiveness of the tCBT	83
Theme 8: Access to the therapy.....	84
Discussion	85
Conclusion	88
References.....	90
CHAPITRE 7 : DISCUSSION.....	93
7.1 Les résultats en lien avec la littérature et recommandations.....	93
7.2 Forces et limites de l'étude.....	100
7.2.1. Forces de l'étude	100
7.2.2. Limites de l'étude.....	101
7.3 Pistes de recherche future	102
7.4 Retombées de l'étude.....	103
7.2.3. Pour la recherche.....	103
7.2.4. Pour la clinique.....	104
7.2.5. Pour les patients	104
7.5 Activités de transfert des connaissances	104
CONCLUSION	106
RÉFÉRENCES.....	107
ANNEXES	116
ANNEXE 1 :	117
Guide d'entrevue semi-structurée sur l'acceptabilité de la TCC-T par les patients	117
ANNEXE 2 :	127
Approbation éthique de l'étude principale, approbation de l'amendement de l'étude actuelle et formulaires de consentement.....	127

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Caractéristiques méthodologiques des articles de la recension des écrits	34
---	----

Article

Table 1: Themes of the interview framework.....	68
Table 2: Socio-demographic characteristics of participants	72
Table 3: Patient perception of group tCBT acceptability	74
Table 4: Facilitators for carrying out exposure exercises	77
Table 5: Factors perceived as promoting therapeutic alliance.....	82

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Stratégie de recherche documentaire.....	14
--	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGO	Agoraphobia
CBT	Cognitive behavior therapy
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
ECR	Essai contrôlé randomisé
F	Female
GAD	Generalized anxiety disorder
M	Male
MeSH	Medical subject headings
OCD	Obsessive-compulsive disorder
PD	Panic disorder
PTSD	Post-traumatic stress disorder
RCT	Randomized controlled trial
SAD	Social anxiety disorder
tCBT	Transdiagnostic cognitive behavior therapy
TCC	Thérapie cognitive comportementale
TCC-T	Thérapie cognitive comportementale transdiagnostique

*À mes parents, qui m'ont appris ce qu'est l'amour inconditionnel
À mon frère, mon idole pour la vie
À Stéphane, mon conjoint adoré
À mes filles, Annabelle et Mia, mes amours infinis, mes inspirations et mes fiertés.*

*« Chaque expérience où vous vous arrêtez vraiment pour regarder la peur bien en face
augmente votre force, votre courage et votre confiance.
Vous devez faire la chose que vous n'êtes pas capable de faire. »*

– Eleanor Roosevelt (1884-1962)

REMERCIEMENTS

Compléter ce projet d'étude de maîtrise n'aurait jamais été possible sans la présence, le soutien et la collaboration de plusieurs personnes. J'aimerais donc prendre le temps de les remercier.

Dans un premier temps, j'aimerais remercier les dix-sept participants de l'étude principale qui ont généreusement accepté de partager leur expérience de la thérapie. Je tiens aussi à reconnaître la contribution des trois sites participants à l'étude pour le soutien apporté à la réalisation des entrevues. Un merci particulier à Mme Annie Benoit pour son soutien essentiel durant le processus de recrutement, à Mme Denise Gamache pour la transcription des entrevues et à Mme Leslie Macdonald pour la traduction de l'article.

De plus, j'aimerais remercier mes directrices de recherche, Pre Pasquale Roberge et Pre Isabelle Gaboury de m'avoir guidée et accompagnée dans ce parcours scolaire rempli d'émotions mêlées à de grands apprentissages, tant sur le plan personnel que professionnel. Merci de m'avoir inculqué la rigueur et le travail bien fait en m'encourageant à toujours exploiter le maximum de mes capacités. Merci d'avoir si généreusement partagé vos expériences et vos expertises et de consacrer tant de temps et d'énergie pour me corriger à maintes reprises.

J'aimerais remercier les Instituts de recherche en santé du Canada, le Fonds de recherche du Québec – Santé et le Centre de recherche médicale de l'Université de Sherbrooke pour l'octroi des bourses d'études supérieures. J'aimerais aussi remercier les fonds de recherche du projet principal pour la bourse complémentaire ainsi que le soutien financier pour les différentes activités liées à la collecte des données et de transfert des connaissances du projet de recherche.

Je tiens aussi à remercier mes collègues du Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne-Saguenay-Lac-St-Jean dont plusieurs sont devenus des amis que je chéris : Raymond Milan, Karine Projean, Ana Guilhaon, Nicolas Roy et Julie Lauzière. Merci pour votre soutien et votre aide précieuse durant mes études. Merci aussi à mes collègues et à ma directrice de champ de l'Institut Robert-Sauvé en santé et en Sécurité au travail qui ont été d'un soutien moral inestimable durant les périodes difficiles de la rédaction.

J'aimerais aussi remercier chaleureusement Karine Projean, Françoise Baril et Kristin Talbot Neel pour leur aide précieuse dans la correction et la révision des aspects linguistiques de mon mémoire ou de mes communications écrites.

Un énorme merci à mes amies Fabiola, Patricia, Ève, Nathalie, France, Marie-Ève, Renée et ma belle-sœur Josée qui ont toujours été présentes et encourageantes lors des moments difficiles et de découragement. Merci mes chères amies d'avoir fait preuve de beaucoup de compréhension lorsque je vous négligeais durant ces deux dernières années. Merci de croire en moi lorsque je n'y croyais plus.

J'aimerais remercier spécialement Brigitte, qui est à la fois mon mentore, mon ange et surtout mon amie. Professionnellement, je ne serais jamais rendue où je suis sans ton aide et ta générosité. Merci d'avoir toujours passé mon bien-être en priorité et parfois au détriment de tes propres intérêts. Brigitte, je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu es et ce que tu as fait pour moi durant ces dernières années.

Finalement, j'aimerais remercier mes chers parents pour leur amour inconditionnel, leur disponibilité pour nous aider à n'importe quelle heure de la journée et pour les bons petits plats cuisinés avec amour et livrés au travail ou à domicile. Des parents aimants et dévoués comme vous sont d'une grande rareté. Un énorme merci à mon frère qui a toujours rempli son rôle de grand frère attentionné, généreux et protecteur avec diligence. Un merci très spécial à mes deux filles adorées, Annabelle et Mia, qui sont pour moi une source de fierté et d'inspiration. Merci mes cocottes d'amour d'avoir été si patientes et compréhensives durant toutes les semaines et les mois où j'étais indisponible. Je réserve les derniers

remerciements à mon conjoint Stéphane sans qui je n'aurai jamais pu mener ce projet de maîtrise à terme. Merci mon amour d'avoir été un conjoint si généreux, si patient, si compréhensible et si soutenant. Merci d'avoir accepté de faire équipe avec moi durant ces dix-sept dernières années et de me soutenir dans la réalisation de mes projets et de mes rêves.

INTRODUCTION

Les troubles anxieux, dont la prévalence à vie est estimée entre 16 et 31%, comptent parmi les troubles mentaux les plus courants (Kessler *et al.*, 2010). Ces troubles suivent souvent un cours chronique s'ils ne sont pas traités adéquatement (American Psychiatric Association, 2015) et engendrent un fardeau personnel, social et économique important (Baxter *et al.*, 2014; Chisholm *et al.*, 2016). Les traitements éprouvés des troubles anxieux comprennent la pharmacothérapie et la psychothérapie. La thérapie cognitive comportementale (TCC) est l'approche psychothérapeutique dont l'efficacité est la mieux établie pour le traitement des troubles anxieux (Katzman *et al.*, 2014). Cependant, des problèmes d'accessibilité et de manque de ressources expertes en TCC en soins de première ligne font en sorte que la majorité des patients n'ont pas accès à des traitements psychothérapeutiques fondés sur des données probantes pour traiter ce trouble (Norton, 2012c; Roberge *et al.*, 2014).

La thérapie cognitive comportementale transdiagnostique (TCC-T) est un traitement efficace pour réduire le niveau d'anxiété, mais également les symptômes associés aux troubles comorbides (Norton, 2012c). Contrairement à la TCC conventionnelle, la TCC-T consiste à utiliser les techniques d'intervention qui traitent les processus cognitifs et comportementaux communs aux troubles anxieux plutôt que de se centrer sur les mécanismes spécifiques à chacun de ces troubles (Norton, 2006; Norton & Roberge, 2017). Ainsi, cette modalité de traitement présente des avantages : 1) elle facilite la formation des groupes de thérapie en offrant une intervention en simultanée à des patients ayant des diagnostics de troubles anxieux différents (Norton, 2012c), donc pourrait améliorer l'accessibilité à la psychothérapie; et 2) elle peut pallier au problème de manque de ressources expertes en TCC puisque les thérapeutes n'auront qu'un seul protocole à maîtriser pour traiter conjointement des patients qui présentent des troubles anxieux différents.

Toutefois, afin de s'assurer que cette intervention soit bien adaptée aux besoins des patients et au contexte de la première ligne, il importe non seulement de démontrer son efficacité dans ce contexte, mais aussi d'en évaluer son acceptabilité. Une étude d'acceptabilité permet de comprendre la façon d'améliorer la qualité de l'intervention implantée et d'assurer une meilleure adhésion au traitement grâce à l'analyse de la rétroaction des patients.

Cette étude vise donc, par un volet de recherche complémentaire imbriqué à un essai randomisé pragmatique (Roberge *et al.*, 2018) à documenter l'acceptabilité par les patients de la TCC-T offerte dans un contexte de soins de première ligne. Ce mémoire est divisé en sept chapitres. Le premier chapitre décrit la problématique de l'étude. Le deuxième chapitre présente les études réalisées antérieurement portant sur l'acceptabilité par les patients de la TCC et de la TCC-T. Le troisième chapitre décrit le contexte de l'étude et les objectifs de recherche. Le quatrième chapitre décrit le concept de l'acceptabilité et le cadre conceptuel utilisé pour répondre aux objectifs de recherche. Le cinquième chapitre décrit la méthodologie de recherche. Le sixième chapitre présente les résultats issus de cette étude présentés sous forme d'un article scientifique. Finalement, le septième chapitre est consacré à la discussion, aux retombées et aux forces et limites de cette étude.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

1.1 Que sont les troubles anxieux?

La majorité des gens ont tous déjà été anxieux, c'est-à-dire éprouver des sensations physiques telles que la sudation et le cœur qui débat et éviter ou fuir les sensations ou les situations qui nous font peur. L'anxiété devient un trouble lorsque la peur devient excessive, engendre une détresse importante et perturbe le fonctionnement de la personne dans une ou plusieurs sphères de sa vie (American Psychiatric Association, 2015). De façon plus précise, les troubles anxieux sont définis comme «un ensemble de troubles psychologiques dont les symptômes sont notamment une anxiété excessive, un sentiment de peur, des inquiétudes et des comportements d'évitement [...qui persistent au-delà des périodes développementales appropriées] et engendrent des perturbations comportementales qui leur sont apparentées. La peur est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue, alors que l'anxiété est l'anticipation d'une menace future » (American Psychiatric Association, 2015, p. 221). Les personnes anxieuses fuient des situations ou des sensations qui leur causent de l'anxiété, c'est-à-dire qui engendrent une activation des symptômes physiologiques tels que le cœur qui bat très vite, le souffle court, la sudation causée par des pensées menaçantes en lien avec ces situations ou ces sensations. Cependant, en fuyant ces situations ou ces sensations anxiogènes, les pensées menaçantes en lien avec ces situations/sensations sont renforcées, donc au fil du temps la peur face à ces situations/sensations augmente, ou du moins, se maintient, donc la personne anxieuse cherchera davantage à fuir ces situations/sensations et ainsi se poursuit le cercle vicieux de l'anxiété.

Les troubles anxieux sont une catégorie de trouble mental. Il existe plusieurs diagnostics de troubles anxieux. Cette étude porte sur les patients ayant soit un trouble panique, une agoraphobie, un trouble d'anxiété sociale ou un trouble d'anxiété généralisée. La prochaine sous-section décrit brièvement ces quatre troubles anxieux.

1.1.1. Trouble panique

Selon le DSM-5, le trouble panique est défini par le fait de vivre « l'expérience d'attaques de panique récurrentes et inattendues [...] et [de présenter] des préoccupations ou une inquiétude persistante d'avoir de nouvelles attaques de panique, ou [de modifier] son comportement de manière inadaptée du fait des attaques de panique (ex. l'évitement des exercices ou de lieux non familiers). [...] Les attaques de panique sont des montées soudaines de peur intense ou de malaise intense qui atteignent leur acmé en quelques minutes, accompagnés de symptômes physiques et/ou psychologiques. (American Psychiatric Association, 2015, pp. 244-245) ». Les attaques de panique doivent être inattendues pour être en mesure de poser le diagnostic (American Psychiatric Association, 2015).

1.1.2. Agoraphobie

Selon le DSM-5, l'agoraphobie est caractérisée comme étant la peur ou l'anxiété de se retrouver dans un endroit ou une situation où il est difficile de trouver de l'aide en cas d'attaque de panique ou d'apparition des symptômes incapacitants ou embarrassants (American Psychiatric Association, 2015). La personne agoraphobe tend à éviter les situations ou les endroits qui lui causent de l'anxiété ou doit être accompagnée par une autre personne (American Psychiatric Association, 2015). Selon ces critères, « le diagnostic requiert une présence de symptômes survenant dans au moins deux des cinq situations suivantes et doivent persister six mois ou plus » (American Psychiatric Association, 2015, pp. 256-257) :

1. Utiliser les transports publics (ex., automobiles, autobus, trains, navires, avions).
2. Être dans des espaces ouverts (ex., parcs de stationnement, marchés, ponts).
3. Être dans des endroits fermés (ex., magasins, théâtres, cinémas).
4. Faire la file ou être dans une foule.

5. Être à l'extérieur de la maison seul(e).

1.1.3. Trouble d'anxiété sociale

Le DSM-5 définit le trouble d'anxiété sociale comme « une peur ou une anxiété marquée, ou intense, de situations dans lesquelles l'individu peut être sous l'observation attentive d'autrui [telles que les rencontres avec des personnes non familières, les situations dans lesquelles le sujet peut être observé en train de manger ou de boire et les situations de performance dans lesquelles l'individu se trouve face aux autres.] Les situations sont évitées ou subies avec une anxiété ou une peur intense » (American Psychiatric Association, 2015, pp. 237-238). Le raisonnement cognitif est caractérisé par la crainte d'être jugé négativement par les autres, d'être embarrassé, humilié ou rejeté, ou d'offenser les autres (American Psychiatric Association, 2015).

1.1.4. Trouble d'anxiété généralisée

Selon le DSM-5, les caractéristiques d'un trouble d'anxiété généralisée sont une « anxiété excessive et persistante ainsi qu'une inquiétude à propos de domaines variés, y compris les performances scolaires ou professionnelles, que le sujet trouve difficiles à contrôler. De plus, la personne éprouve des symptômes physiques comme l'agitation, une sensation d'être tendu ou énervé, le fait de se fatiguer facilement, des difficultés à se concentrer ou des passages à vide, une irritabilité, une tension musculaire et des perturbations du sommeil. L'anxiété, les soucis et les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. » (American Psychiatric Association, 2015, p. 261).

1.2 Ampleur du problème

Les troubles anxieux, dont la prévalence à vie est estimée entre 16 et 31% (Kessler *et al.*, 2010) comptent parmi les troubles mentaux les plus courants au Canada et partout dans le monde (Bandelow & Michaelis, 2015). Par ailleurs, la prévalence à vie est plus élevée que

celle des troubles de l'humeur et des troubles liés à l'usage des substances (Katzman *et al.*, 2014). Une plus grande prévalence est observée chez les femmes (Bandelow & Michaelis, 2015). Bien que les troubles anxieux puissent se déclarer dès l'enfance ou l'adolescence et suivent un cours chronique s'ils ne sont pas traités adéquatement (American Psychiatric Association, 2015), c'est à l'âge adulte (environ entre 35 à 50 ans) que la prévalence atteint son sommet pour ensuite tendre à diminuer avec l'âge (Bandelow & Michaelis, 2015).

Malheureusement, les troubles anxieux sont sous-diagnostiqués et sous-traités (Alonso *et al.*, 2018; Katzman *et al.*, 2014; Roberge *et al.*, 2014; Vermani *et al.*, 2011) et lorsqu'ils ne sont pas traités adéquatement, ils ont souvent un cours chronique et engendrent un fardeau social, économique et personnel important pour la population (Baxter *et al.*, 2014; Chisholm *et al.*, 2016). En effet, il a été démontré que les patients qui présentent des troubles anxieux utilisent davantage les soins psychiatriques et non psychiatriques et sont plus souvent hospitalisés ou font plus de visites à l'urgence que les personnes n'ayant pas un trouble d'anxiété, ce qui engendre des coûts importants à la société (Lépine, 2002). De plus, les personnes ayant ces troubles connaissent une cascade de répercussions importantes sur plusieurs sphères de leur vie (Mendlowicz & Stein, 2000) puisque très souvent ces troubles coexistent entre eux, avec d'autres troubles mentaux (par ex., la dépression) (Brown *et al.*, 2001) et d'autres maladies physiques (par ex., la maladie pulmonaire obstructive chronique) (Roy-Byrne *et al.*, 2008). En effet, les études démontrent qu'environ 50 à 70% des patients ayant reçu un diagnostic principal de trouble anxieux ont ou développeront au moins un autre trouble anxieux ou une dépression en comorbidité (Kessler *et al.*, 2005; Wittchen *et al.*, 1994). Presque 30% des patients qui présentent un trouble anxieux auront trois troubles comorbides ou plus au cours de leur vie (Kessler *et al.*, 2005). Au fil du temps, si ces personnes ne reçoivent pas de traitement adéquat, elles verront leur qualité de vie se dégrader de manière exponentielle puisque la détresse psychologique causée par les symptômes anxieux affecte toutes les sphères de la vie, dont les relations familiales, amicales et conjugales et la vie professionnelle (Mendlowicz & Stein, 2000; Waghorn *et al.*, 2005). Il a été démontré qu'en général, les personnes anxieuses connaissent une baisse de performance au travail, ont des trajectoires de travail

qui s'effritent avec le temps et sont moins actives sur le marché du travail (Waghorn *et al.*, 2005).

1.3 Constats et enjeux

Les traitements éprouvés des troubles anxieux comprennent la pharmacothérapie et la psychothérapie (Katzman *et al.*, 2014). Bien que le guide de pratique canadien intitulé *Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders* (Lignes directrices de pratique clinique canadiennes pour la gestion de l'anxiété, du stress post-traumatique et du trouble obsessionnel-compulsif) (Katzman *et al.*, 2014) émet des recommandations qui peuvent favoriser soit un type de traitement ou un autre selon le diagnostic de trouble anxieux, la pharmacothérapie et la psychothérapie ont été démontrées comme ayant une efficacité comparable pour le traitement des troubles anxieux (Katzman *et al.*, 2014). Certains patients répondent mieux à la médication tandis que d'autres obtiennent de meilleurs résultats en suivant une psychothérapie. Cependant, les guides de pratique soulignent que les traitements psychologiques sont importants dans la gestion des symptômes anxieux. Ces guides suggèrent également que même les patients qui répondent bien à la médication devraient être encouragés à faire face, de façon graduelle, aux situations ou aux sensations qui leur créent de l'anxiété (Katzman *et al.*, 2014).

Les personnes diagnostiquées avec un trouble anxieux sont majoritairement prises en charge par les professionnels de première ligne (Lesage *et al.*, 2006; Price *et al.*, 2000) puisque très souvent ces derniers constituent la porte d'entrée des patients dans le système de soins. L'implication des médecins omnipraticiens dans la planification des soins en santé mentale n'a pas toujours été une priorité (Ouadahi *et al.*, 2009). Cependant, depuis la réforme des services de première ligne, il y a une reconnaissance aux niveaux national et international de l'importance du rôle des médecins omnipraticiens dans les soins prodigués aux personnes ayant des troubles mentaux graves et des troubles mentaux courants (Agence de la santé publique du Canada, 2016; Organisation mondiale de la Santé, 2001; Ouadahi *et al.*, 2009). Malheureusement, les personnes aux prises avec ces troubles sont sous-

diagnostiquées. En effet, une étude portant sur le taux de détection des troubles de l'humeur et de l'anxiété en première ligne rapporte que le taux d'erreur de diagnostic, c'est-à-dire le nombre de patients qui présentent un trouble, mais qui n'a pas été détecté par un médecin omnipraticien, s'élève à 42% pour le trouble panique, à 55 % pour le trouble d'anxiété généralisée, et à 81% pour le trouble d'anxiété sociale (Vermani *et al.*, 2011).

Puisque l'accès à la psychothérapie en première ligne dans le système de santé québécois est limité, les patients qui présentent des troubles anxieux sont majoritairement traités à l'aide de la médication (Roberge *et al.*, 2014). Pourtant, comme mentionnée plus haut, la psychothérapie a été démontrée comme étant aussi efficace que les traitements pharmacologiques (Clark *et al.*, 2003; Davidson *et al.*, 2004) et semble permettre un meilleur maintien des progrès à long terme (Deacon & Abramowitz, 2005; Haug *et al.*, 2003); sans compter que la majorité des patients préfèrent la psychothérapie (Becker *et al.*, 2007; Deacon & Abramowitz, 2005; Huppert *et al.*, 2003; McHugh *et al.*, 2013; Mukherjee *et al.*, 2006). Elle devrait donc être une option disponible pour tenir compte des préférences des patients.

La thérapie cognitive comportementale (TCC) est la classe d'interventions psychothérapeutiques dont l'efficacité est la mieux établie pour les troubles anxieux (Katzman *et al.*, 2014). N'étant pas une approche unique, elle « réfère à une classe d'interventions [psychologiques] qui partage la prémisse que les troubles mentaux et la détresse psychologique sont maintenus par des facteurs cognitifs. [...] Les cognitions inadaptées contribuent au maintien de la détresse émotionnelle et des problèmes de comportement » [traduction libre] (Hofmann *et al.*, 2012, p. 1). La TCC peut être offerte en format individuel ou en groupe (Katzman *et al.*, 2014). Un protocole différent est utilisé pour le traitement de chaque trouble anxieux. Par ses différentes stratégies d'intervention, soient la psychoéducation, l'exposition à l'objet anxiogène, l'inhibition de la réponse compensatoire, la restructuration cognitive, la relaxation, elle casse le cercle vicieux des pensées, des émotions et des comportements négatifs. Cependant, des problèmes d'accessibilité et de manque de ressources expertes en TCC en soins de première ligne font

en sorte que la majorité des patients n'ont pas accès à la psychothérapie pour traiter ce trouble (Norton, 2012c; Roberge *et al.*, 2014).

1.4 Solution proposée – la thérapie cognitive comportementale transdiagnostique (TCC-T)

Comme mentionné plus haut, la comorbidité des troubles mentaux est la norme plutôt que l'exception. Les patients qui présentent un trouble anxieux auront donc plus d'un trouble à traiter. La thérapie cognitive comportementale transdiagnostique (TCC-T) de groupe est un traitement efficace pour réduire le niveau d'anxiété, mais également les symptômes des autres troubles affectifs que les patients peuvent présenter en concomitance (Newby *et al.*, 2017; Norton, 2012c). Contrairement à la TCC conventionnelle qui met l'accent sur les particularités de chaque trouble anxieux, soutenue par un protocole d'intervention différent pour chacun des troubles, la TCC-T part de la prémisse que les processus cognitifs et les comportements communs entre les troubles anxieux comptent davantage que les différences dans les causes et le maintien des troubles (Guimond *et al.*, 2013; Norton, 2006; Norton & Roberge, 2017). Elle utilise donc un seul protocole basé sur les stratégies d'intervention communes aux troubles anxieux pour ainsi traiter plusieurs troubles en même temps (Guimond *et al.*, 2013; Norton, 2006; Norton & Roberge, 2017). Il existe plusieurs protocoles transdiagnostics. Certains s'adressent à des patients qui présentent des troubles dépressifs et des troubles anxieux concomitants. Cependant, dans cette étude, le terme transdiagnostique réfère à un protocole de psychothérapie qui s'adresse à des personnes qui présentent différents diagnostics de troubles anxieux, et plus précisément le trouble d'anxiété sociale, le trouble panique, l'agoraphobie et le trouble d'anxiété généralisée.

L'approche psychothérapeutique offerte en groupe est une des solutions proposées pour pallier aux problèmes d'accessibilité à la psychothérapie et de manque de ressources expertes en TCC pour le traitement des troubles anxieux en soins de première ligne. En regroupant ensemble des patients ayant reçu différents diagnostics de troubles anxieux, cette modalité de traitement permet la formation des groupes plus rapidement, et par conséquent, permet aux patients d'accéder plus rapidement à la psychothérapie. De plus, le

format de groupe permet d'optimiser l'utilisation du temps des experts en traitant davantage de patients. Aussi, ces experts n'ont qu'à se former adéquatement à un seul protocole plutôt que de devoir connaître une multitude de protocoles TCC existants pour le traitement des troubles anxieux.

Environ huit équipes de chercheurs ont développé des protocoles de TCC-T pour le traitement des troubles anxieux (Norton & Philipp, 2008). Celui de Norton (2012c) est celui qui a reçu le plus de soutien empirique pour le traitement en groupe (Norton, 2012c) et a permis de démontrer l'efficacité de la TCC-T de groupe dans le traitement des troubles anxieux dans les cliniques spécialisées en psychologie (Norton, 2012c). Les résultats de ces études démontrent que non seulement la TCC-T est aussi efficace dans la réduction des symptômes anxieux du diagnostic principal que la TCC conventionnelle (Norton & Barrera, 2012), mais qu'elle semble être aussi efficace et peut-être même plus efficace que la TCC conventionnelle pour réduire les symptômes anxieux ou les symptômes dépressifs qui apparaissent en comorbidité (Norton *et al.*, 2013). En effet, les résultats de l'étude de Norton, Barrera *et al.* (2013) montrent que deux tiers des participants ayant un trouble anxieux ou une dépression n'atteignent plus un seuil clinique lors de l'évaluation post-traitement pour leurs diagnostics secondaires.

Afin d'évaluer l'efficacité du protocole TCC-T de Norton pour le traitement de quatre troubles anxieux en contexte réel de soins de première ligne, Roberge, Provencher *et al.* (2018) mènent depuis 2016 un essai contrôlé randomisé (ECR) pragmatique. Ils visent à évaluer l'efficacité de la TCC-T pour réduire les symptômes anxieux des adultes ayant soit un trouble d'anxiété sociale, un trouble panique, une agoraphobie ou un trouble d'anxiété généralisée (les détails concernant cet ECR pragmatique sont fournis au chapitre 3).

Toutefois, afin de s'assurer que cette intervention soit bien adaptée au contexte de la première ligne et aux besoins des patients, il importe non seulement de démontrer son efficacité dans ce contexte, mais aussi d'en évaluer son acceptabilité. L'étude de l'acceptabilité permet de comprendre dans quelle mesure l'intervention est appropriée, pratique, efficace et quels sont les risques et les effets indésirables perçus (Kazdin, 1980).

Elle permet donc de comprendre la façon d'améliorer la qualité de l'intervention implantée, de favoriser son utilisation et d'assurer une meilleure adhésion au traitement. Ceci est d'autant plus important puisque la littérature révèle un taux non négligeable d'abandon (entre 20 et 35%) (Fernandez *et al.*, 2015) et de refus de participer à la TCC et que les interventions psychothérapeutiques sont efficaces dans la mesure où les participants y adhèrent.

Afin d'obtenir un portrait complet de l'acceptabilité d'une intervention, plusieurs auteurs soutiennent l'importance d'obtenir le point de vue de plusieurs acteurs (Sekhon *et al.*, 2017; Sidani & Braden, 2011). Comme il semble qu'aucune étude portant sur l'acceptabilité de la TCC-T n'a été réalisée jusqu'à présent, nous avons jugé plus prioritaire d'évaluer l'acceptabilité de l'intervention selon la perspective des patients puisqu'ils déterminent l'utilisation ou non de la TCC-T. Cependant, dans le futur, il serait important d'évaluer également l'acceptabilité de la TCC-T par les thérapeutes puisqu'ils ne référeront pas à leurs patients une thérapie qu'ils jugent d'une acceptabilité incertaine. Le point de vue des gestionnaires responsables de l'implantation de la thérapie serait aussi à considérer puisqu'ils sont les décideurs dans l'implantation ou non d'une thérapie.

Ayant montré l'importance d'étudier l'acceptabilité par les patients de la TCC et de la TCC-T, le prochain chapitre explorera ce que la littérature révèle à ce sujet.

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS

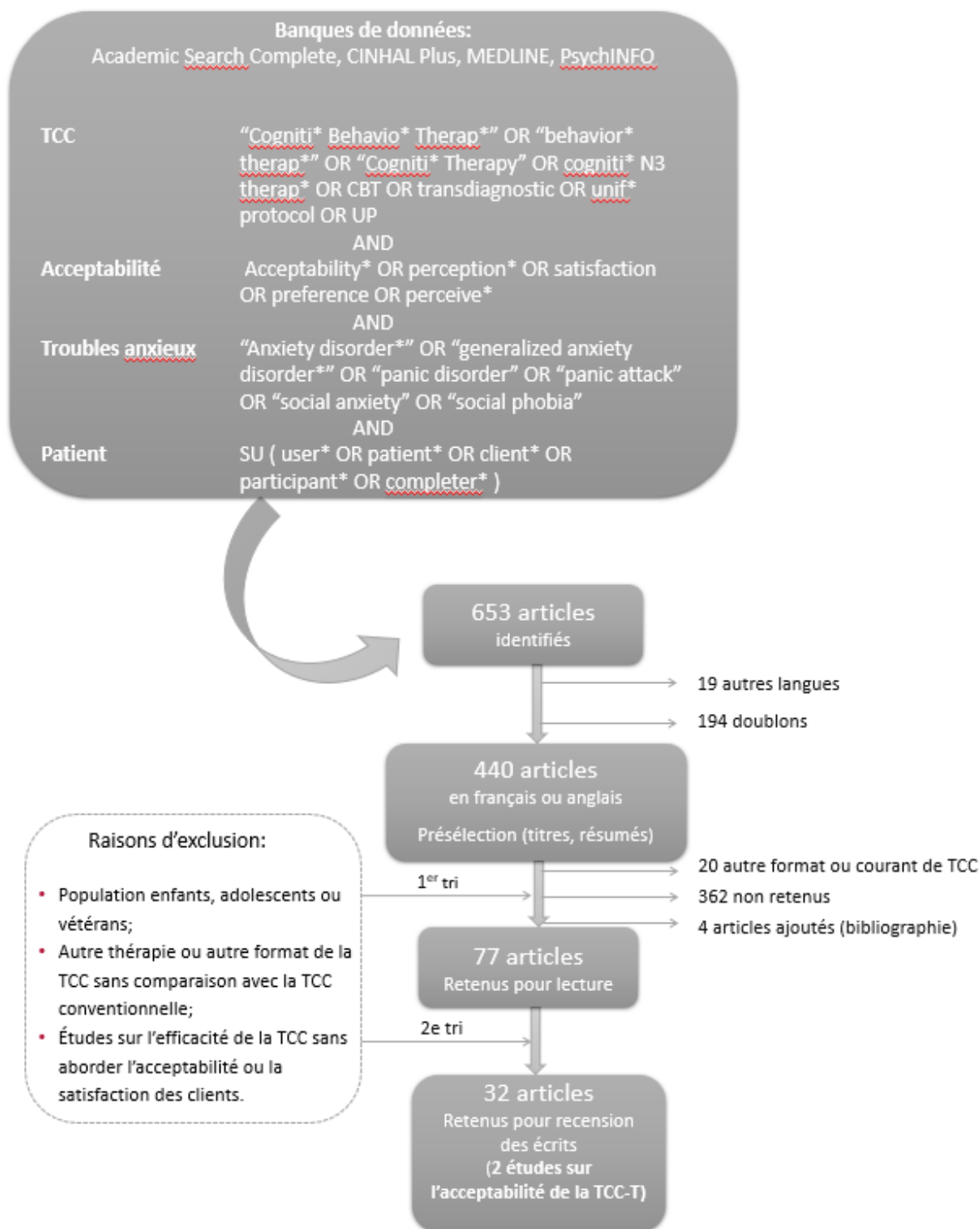
2.1 Stratégie de recherche documentaire

Pour faire état des connaissances entourant l'acceptabilité par les patients de la TCC-T, nous avons effectué une recherche documentaire en consultant les banques de données Academic Search Complete, CINHALL Plus, MEDLINE et PsychINFO à l'aide du moteur de recherche EBSCOhost. Constatant qu'il n'existait qu'un petit nombre d'études réalisées sur l'acceptabilité par les patients de la TCC-T, nous avons choisi d'élargir nos recherches pour repérer les articles qui ont étudié l'acceptabilité de la TCC selon la perspective de patients qui présentent des troubles anxieux. Ainsi, nous avons établi trois concepts (TCC, acceptabilité et troubles anxieux) auxquels nous avons associé des « medical subject headings » (MeSH) et des mots clés grâce au site HeTOP¹. À ces trois concepts principaux, nous avons dû ajouter un nouveau concept à notre stratégie de recherche, le concept du patient, car l'examen des premiers résultats a permis d'identifier principalement des articles sur l'efficacité de la TCC et de la TCC-T. Aucun filtre n'a été utilisé pour sélectionner les écrits selon la date de publication puisque, selon nos recherches, très peu d'études se sont penchées sur l'acceptabilité de la TCC par les patients et qu'il est important de faire état de l'ensemble des connaissances sur ce sujet.

Le tri des articles s'est fait selon les étapes suivantes : 1) articles dans une autre langue que le français et l'anglais ; 2) doublons ; 3) lecture des titres et des résumés ; et 4) lecture des articles retenus après la 3^e étape. Nous avons également éliminé les articles dont la population cible était les enfants, les adolescents ou les vétérans ou qui étudiaient l'efficacité de la TCC seulement, sans mentionner l'acceptabilité ou la satisfaction des clients.

¹ <https://www.hetop.eu/hetop/>

Quatre ont été ajoutés à la suite d'un examen des références bibliographiques des articles issus de la stratégie de recherche. La stratégie documentaire est illustrée par la figure 1.

Figure 1: Stratégie de recherche documentaire

2.2 Les études sélectionnées

La stratégie de recherche documentaire a été lancée pour une première fois au mois de février 2017. Comme il y avait seulement une étude portant sur l'acceptabilité des patients de la TCC-T et très peu d'articles s'intéressant à l'acceptabilité par les patients de la TCC, nous avons élargi notre sélection des articles pour la recension des écrits. Cela nous assure de faire le tour d'horizon des connaissances actuelles entourant l'acceptabilité par les patients qui présentent des troubles anxieux de la TCC et de la TCC-T, mais également de connaître leur perception, leur expérience et leur adhésion à la TCC ainsi que leurs attentes et leurs préférences en lien avec la psychothérapie. Comme le modèle de Sekhon *et al.* (2017), le cadre conceptuel adopté pour ce projet, comporte une composante correspondant à la crédibilité perçue, les articles entourant la question de l'attrition et les raisons d'abandon de la TCC ont aussi été retenus pour la recension des écrits. Le choix d'élargir nos critères d'inclusion des articles a donc été fait dans l'optique de pouvoir bien comprendre et bien interpréter les résultats issus de cette étude. Un nouvel article portant sur l'acceptabilité des patients de la TCC-T a été repéré lors d'une mise à jour en mai 2018.

Afin d'en faciliter la lecture, les connaissances actuelles issues des études empiriques ressortis de la stratégie de recherche basée sur les trois concepts (TCC, acceptabilité et troubles anxieux) ont été classées sous six thèmes : 1) les préconceptions des patients envers la TCC; 2) les préférences des patients; 3) la crédibilité; 4) l'acceptabilité par les patients; 5) les prédicteurs et déterminants de l'acceptabilité et de la satisfaction; et 6) l'adhésion à la TCC. Ainsi, les prochaines sous-sections correspondront à chacun de ces thèmes. Ainsi, il est à noter que nous n'avons pas fait une recherche de littérature supplémentaire pour couvrir en profondeur ces six thèmes.

2.2.1. Les préconceptions des patients face à la TCC

Suivant notre stratégie de recherche documentaire décrite plus haut, une seule étude est ressortie concernant les préconceptions et attentes des patients à l'égard de la TCC. Dans leur étude publiée en 2010, Westra et al. ont constaté que la grande majorité des patients (84%) ont vécu

une expérience de la TCC qui ne correspondait pas à la préconception qu'ils en avaient. Avant de débiter la thérapie, certains patients pensaient que le processus thérapeutique serait déséquilibré c'est-à-dire soit le thérapeute ne jouerait pas un rôle actif ou le thérapeute serait trop directif ou prescriptif. Par exemple, un patient mentionne : « *Au début, je pensais que le thérapeute allait s'asseoir sans rien faire et sans rien dire ou allait faire un cours didactique et je serais l'élève. Mais non, [c'était comme :] nous avons un problème, alors on va s'en occuper ensemble* » [traduction libre] (Westra *et al.*, 2010, p. 439). Ils pensaient aussi ne pas être en mesure de se sentir à l'aise avec le thérapeute, d'être jugés ou réprimandés lorsque les devoirs ne sont pas faits. À la fin de la thérapie, la majorité de ces patients étaient agréablement surpris, car contrairement à leur perception initiale de la TCC, leur expérience révélait que « la thérapie est un processus collaboratif avec le thérapeute; qu'ils ont la liberté de diriger la thérapie à leur guise; qu'ils se sentent confortables et peuvent faire confiance au processus; et qu'ils récoltent plus de la thérapie qu'ils l'auraient cru » [traduction libre] (Westra *et al.*, 2010, p. 436).

Désamorcer les attentes négatives des patients en montrant que la TCC est une thérapie structurée tout en préconisant une approche collaborative et de décision partagée entre le thérapeute et le patient pourrait favoriser l'acceptabilité de la TCC.

2.2.2. Les préférences des patients

Que révèle la littérature quant à la préférence des patients pour le traitement de leur trouble anxieux? Dans une étude réalisée à partir d'une modélisation des choix discrets (discrete choice modeling) réalisée auprès de patients souffrant d'anxiété sociale, il semble que les participants préfèrent les traitements qui sont peu dispendieux, qui impliquent peu de déplacements et qui sont efficaces dans la diminution des symptômes anxieux (Foster *et al.*, 2011). La flexibilité à planifier l'horaire des sessions de thérapie pour apparier avec l'agenda personnel des patients a également été significativement associée dans la littérature à la décision d'entreprendre une thérapie si elle s'avérait accessible (Foster *et al.*, 2011).

Une méta-analyse réalisée par Swift et Callahan (2009) a révélé que l'adéquation entre les préférences des clients (rôle, thérapeutes ou type de traitement) et la thérapie réduit le taux d'abandon et améliore les résultats cliniques. De plus, certains auteurs ont suggéré d'évaluer les préférences des patients avant le début de la thérapie et tout au long de la thérapie. Ils ont aussi proposé d'engager un dialogue avec les patients lorsque leurs préférences ne peuvent être rencontrées pour bien comprendre les raisons sous-jacentes à ces préférences, leur expliquer les raisons pour lesquelles le thérapeute ne peut répondre à leurs préférences et ensuite prendre une décision éclairée et partagée avec le patient quant à la meilleure option de traitement pour celui-ci (Tompkins *et al.*, 2013).

Les résultats de ces études montrent l'importance de connaître et de prendre en compte les préférences des patients afin de favoriser non seulement l'acceptabilité et l'adhésion à la thérapie, mais également le dénouement de celle-ci.

2.2.3. La crédibilité

La crédibilité d'une intervention est définie par Borkovec et Nau (1972) comme la mesure selon laquelle le patient considère le traitement comme logique et capable de l'aider à traiter son trouble. Comme cette définition de la crédibilité correspond à la composante « cohérence de l'intervention » du cadre conceptuel sur lequel cette étude s'appuie (Sekhon *et al.*, 2017), nous avons choisi d'inclure ce concept dans notre revue de la littérature.

Nous avons recensé 4 études qui se sont penchées sur la perception de la crédibilité des traitements d'approche TCC auprès de patients anxieux. Celles-ci révèlent que percevoir la thérapie comme étant pertinente pour traiter leur trouble anxieux jouait un rôle important dans la motivation et l'engagement à l'égard de la thérapie (Bevan *et al.*, 2010). En effet, cela favorisait une meilleure adhésion au traitement et par conséquent, une meilleure satisfaction du traitement (Hundt *et al.*, 2013).

Cependant, il est ressorti d'une autre étude que l'évaluation de la crédibilité en prétraitement n'était pas corrélée à la réponse de la thérapie, c'est-à-dire qu'avoir une perception défavorable de la crédibilité de la thérapie n'était pas associée à un résultat moins concluant de la thérapie (Smith *et al.*, 2013). Toutefois, il faut interpréter ces résultats avec prudence, car les analyses statistiques de cette étude ont été effectuées sur un petit échantillon (n=48) ce qui peut donc traduire un manque de puissance statistique.

Concernant la crédibilité de la thérapie par exposition à des objets, situations, ou sensations anxiogènes pour le traitement des troubles anxieux, une étude réalisée par Arch *et al.* (2015) a avancé que la grande majorité des participants ne connaissaient pas la thérapie par exposition ou n'avaient pas une perception positive de celle-ci. De manière similaire à Bevan *et al.* (2010), Arch *et al.* (2015) ont observé qu'expliquer le rationnel dérivé des théories comportementales permettait d'augmenter la perception de la crédibilité des patients comparativement à leur donner une simple définition de la thérapie. Ces auteurs ont aussi avancé que les patients qui avaient moins tendance à demander ou à s'engager dans un traitement de nature psychologique (p. ex. : les minorités visibles et les personnes avec un faible revenu) et ceux qui avaient initialement une perception négative de la thérapie sont ceux qui répondaient le plus positivement lorsqu'on leur expliquait le rationnel de l'exposition.

En général, les résultats issus de la littérature concernant la crédibilité de la TCC semblent souligner l'importance de s'assurer que les patients comprennent bien le rationnel de la TCC et, entre autres, des exercices d'exposition, car celui-ci influence positivement la motivation des patients et par conséquent, favorise l'engagement des patients. Cela nous laisse croire que percevoir la thérapie comme étant crédible peut influencer positivement l'évaluation des patients de l'acceptabilité de la thérapie.

2.2.4. L'acceptabilité de la TCC et de la TCC-T par les patients

2.2.4.1. L'acceptabilité de la TCC en général

Ayant discuté des préconceptions des patients de la TCC, de leurs préférences et de la crédibilité de la TCC, abordons maintenant les données quant à l'acceptabilité par les patients de la TCC en général. Les études qui se sont intéressées à cette question ont souvent mis en dualité la TCC avec d'autres traitements pour les troubles anxieux.

De manière générale, il semble que la majorité des études qui se sont penchées sur l'acceptabilité de la TCC suggèrent que les patients ont tendance à préférer la TCC à la pharmacothérapie pour le traitement des troubles anxieux (Becker *et al.*, 2007; Deacon & Abramowitz, 2005; Hofmann *et al.*, 1998; Huppert *et al.*, 2003; Mukherjee *et al.*, 2006; Norton *et al.*, 1983). Les patients n'ayant jamais eu recours à la médication pour le traitement de leur trouble anxieux semblaient être plus favorables envers la TCC comparativement à la pharmacothérapie tandis que ceux qui suivaient ces deux traitements en concomitance percevaient comme aussi acceptables les deux traitements (Deacon & Abramowitz, 2005). Aussi, les patients qui avaient déjà eu recours à la médication dans le passé pour traiter leur trouble anxieux semblaient être moins craintifs des effets secondaires aversifs de la pharmacothérapie (Deacon & Abramowitz, 2005).

Selon une étude sur la perception des patients en situation de pauvreté quant à leur expérience reçue en première ligne pour le traitement du trouble panique par la pharmacologie et la TCC, les raisons évoquées par les patients pour ne pas opter pour la pharmacothérapie étaient la peur de perdre le contrôle d'eux-mêmes, de leur trouble et de leur vie (Mukherjee *et al.*, 2006). Ils avaient aussi peur des effets secondaires indésirables et de l'incompatibilité avec la médication pour traiter leurs comorbidités (Mukherjee *et al.*, 2006). Cependant, les patients ayant des symptômes d'anxiété plus sévères considéraient la médication comme étant nécessaire (Mukherjee *et al.*, 2006). Quant à la TCC, la majorité des participants rencontrés en entrevue rapportent que cette approche psychothérapeutique leur a procuré un soulagement grâce à la compréhension de leur trouble grâce à l'information apprise durant les séances de TCC. La thérapie donnée en groupe,

leur a permis de briser l'isolement en constatant qu'ils ne sont pas seuls à vivre avec un trouble anxieux (Mukherjee *et al.*, 2006).

En ce qui concerne la préférence des patients quant aux différents traitements psychologiques disponibles, les patients agoraphobes ou ayant un trouble panique qui ont fait l'expérience de la TCC ont rapporté une meilleure satisfaction du traitement que ceux ayant fait l'expérience des thérapies psychodynamiques pour le traitement de leur trouble anxieux (Bandelow, Sievert, Röthemeyer, *et al.*, 1995).

Par ces données, nous concluons que la TCC semble être perçue par les patients comme ayant une meilleure acceptabilité que certaines interventions psychothérapeutiques. Les patients n'ayant jamais eu recours à la médication pour traiter leur trouble anxieux semblent aussi percevoir plus positivement la TCC que la pharmacothérapie. Cependant, la médication semble être la solution de deuxième recours des patients lorsque la TCC ne donne pas les résultats souhaités.

2.2.4.2. L'acceptabilité des différentes composantes de la TCC

Après avoir pris connaissance des résultats concernant l'acceptabilité de la TCC en général, cette section examine les connaissances actuelles sur l'acceptabilité des composantes de la TCC, soit l'exposition à un stimuli anxiogène, la psychoéducation et la restructuration cognitive. Dans l'étude de Smith *et al.* (2013) les auteurs ont analysé les données secondaires de 48 participants provenant d'un essai clinique qui évaluait l'efficacité de la TCC de groupe. Ces participants ont répondu au questionnaire *Therapy Helpfulness Questionnaire* (McLean & Hope, 2005). Ce questionnaire évalue la perception des patients quant à sept aspects de la thérapie tels que faire partie d'une thérapie de groupe, avoir un thérapeute soutenant, des exercices d'exposition et de restructuration cognitive durant les séances de thérapie, les devoirs à réaliser à la maison et le volet psychoéducation. Il ressort de l'étude que le fait d'avoir un « psychothérapeute soutenant » était l'item le mieux coté tandis que « les devoirs d'exposition » étaient celui le moins bien coté par les participants (Smith *et al.*, 2013). La restructuration cognitive durant les sessions était significativement mieux cotée que l'exposition durant les sessions ou lors des devoirs et la

restructuration cognitive lors des devoirs (Smith *et al.*, 2013). Ces données suggèrent que les patients apprécient peu les exercices d'exposition et les devoirs entre les sessions de thérapie.

Commençons par aborder les études ressorties de la stratégie de recherche bibliographique qui ont abordé spécifiquement l'acceptabilité par les patients de l'exposition à des stimuli anxiogènes. Comme cette stratégie peut être perçue par plusieurs patients comme étant aversive, beaucoup d'études se sont penchées sur l'acceptabilité par les patients de cette composante de la TCC.

Les données issues des études portant sur l'exposition étaient mitigées. Certaines études ont démontré que la thérapie par exposition est préférée par les patients (Becker *et al.*, 2007; Norton *et al.*, 1983). Par exemple, dans leur étude, Becker *et al.* (2007) ont mentionné que l'exposition semblait être significativement mieux acceptée par les patients que ce qu'avaient anticipé les thérapeutes. Ces auteurs ont postulé que la sous-utilisation des exercices d'exposition était due au fait que certains thérapeutes percevaient l'exposition comme cruelle pour les patients et qu'ils craignaient d'aggraver les symptômes d'anxiété de ceux-ci (Becker *et al.*, 2007).

À l'opposé, d'autres études ont suggéré que les participants percevaient cette composante comme étant efficace et nécessaire pour le traitement de leur trouble anxieux, sans être toutefois appréciée ou désirable (Cox *et al.*, 1994; Maltby & Tolin, 2005).

Toutefois, il est à noter que les deux études qui ont rapporté une bonne acceptabilité de la thérapie par exposition (Becker *et al.*, 2007; Norton *et al.*, 1983) ont recruté des étudiants universitaires de premier cycle en psychologie. Ces étudiants n'avaient pas nécessairement un diagnostic d'un trouble anxieux. Il s'agit donc d'un échantillon non-clinique. Sous forme d'une vignette, une description d'un trouble anxieux leur a été présentée accompagnée d'une liste de traitements disponibles pour le traiter. Chaque traitement leur était décrit. Par la suite, ils étaient invités à répondre à un questionnaire d'acceptabilité perçue de chaque traitement. À l'opposé, les deux études rapportant une réticence des participants à prendre part à l'exposition ou du moins une moindre appréciation de cette composante, recrutaient un échantillon clinique, c'est-à-dire des patients ayant un trouble anxieux en particulier. Cette observation nous laisse croire que la différence des résultats quant à l'appréciation ou non de l'exposition provient possiblement de la

différence entre la population recrutée (clinique vs. non-clinique) entre les études. Il est certainement plus difficile psychologiquement et émotionnellement pour les patients d'être exposés à des situations ou des objets qui leur causent de l'anxiété que pour les personnes ne souffrant pas d'un trouble anxieux. Nous avons aussi tendance à penser que la population non-clinique aurait tendance à faire des choix basés sur une déduction logique et rationnelle, c'est-à-dire choisir le traitement dont l'efficacité a été démontrée empiriquement.

Mis à part ces différences, les patients qui répondaient bien aux traitements comprenaient l'importance de pratiquer à la fois la restructuration cognitive et l'exposition aux stimuli anxiogènes, et ce, autant durant les sessions de thérapie qu'à la maison, afin de retirer de bons résultats de la thérapie (Smith *et al.*, 2013).

Afin de proposer une solution pour améliorer l'acceptabilité de l'exposition, des chercheurs ont voulu étudier l'efficacité d'un format alternatif qui consistait à exposer les patients aux stimuli anxiogènes afin de créer l'habituation et ainsi diminuer les symptômes anxieux face à ces stimuli. C'est le cas de l'exposition réalisée de façon virtuelle. Parmi les études obtenues par notre stratégie de recherche bibliographique, une étude a suggéré que l'exposition virtuelle pouvait aider à augmenter le nombre de personnes qui suivaient une thérapie d'exposition pour le traitement des phobies. En effet, 76% des participants de cette étude ont choisi l'exposition virtuelle au lieu de l'exposition *in vivo*; 27% ont refusé l'exposition *in vivo* tandis que seulement 3% ont refusé l'exposition virtuelle (Garcia-Palacios *et al.*, 2007). En revanche, dans une étude portant sur l'exposition interoceptive pour le traitement du trouble panique, il a été observé qu'il n'y avait aucune différence quant au niveau de satisfaction entre les groupes d'exposition virtuelle et conventionnelle lors des mesures prétraitement et post-traitement (Quero *et al.*, 2014). La différence entre les résultats de ces deux études peut s'expliquer par le fait que l'échantillon de la deuxième étude (Quero *et al.*, 2014) était petit ($n=29$), donc les résultats non significatifs pourraient être dus à un manque de puissance statistique.

Les résultats de ces deux études nous amènent à conclure que la thérapie d'exposition virtuelle peut aider à améliorer l'acceptabilité du volet d'exposition de la TCC, car les participants semblent la trouver moins inconfortable (Quero *et al.*, 2014).

D'autres groupes de recherche se sont également intéressés à documenter différentes méthodes afin de rendre plus acceptable la composante exposition de la TCC aux yeux des patients (Deacon *et al.*, 2010; Feeny *et al.*, 2009; Maltby & Tolin, 2005). Ceux-ci ont proposé d'incorporer des comportements sécurisants de façon judicieuse dans les thérapies qui impliquaient l'exposition à des stimuli anxiogènes afin de favoriser l'acceptabilité de cette technique de la TCC empiriquement reconnue efficace (Deacon *et al.*, 2010; Levy & Radomsky, 2014; Levy *et al.*, 2014; Milosevic & Radomsky, 2013; Rachman *et al.*, 2008). Les comportements sécurisants sont définis comme « des actions idiosyncrasiques (ouvertes ou cachées), c'est-à-dire des comportements ou des stratégies pour éviter l'occurrence d'une catastrophe redoutée ou permettre la diminution de l'anxiété » [traduction libre] (Levy *et al.*, 2014, p. 304) (Salkovskis, 1991; Salkovskis *et al.*, 1996). Encore une fois, il y a une discordance entre les résultats obtenus par deux groupes de chercheurs ayant étudié ce même sujet.

Le premier groupe de chercheurs a soutenu que l'encouragement à ne pas utiliser des comportements sécurisants durant l'exposition permettait d'obtenir de meilleurs résultats dans la réduction globale des symptômes anxieux à la fin de la thérapie comparativement à lorsque les comportements sécurisants étaient permis (Powers *et al.*, 2004; Salkovskis *et al.*, 1999; Sloan & Telch, 2002; Taylor & Alden, 2010). Par exemple, dans leur étude, Powers *et al.* (2004) ont observé une baisse de l'efficacité à réduire les symptômes anxieux pour les groupes ayant utilisé des comportements sécurisants par rapport aux groupes qui ont vécu l'exposition sans les comportements sécurisants.

En revanche, les chercheurs du deuxième groupe ont soutenu que l'utilisation de comportements sécurisants de façon judicieuse permettait non seulement d'obtenir des résultats cliniques, mais permettait aussi d'améliorer l'acceptabilité à l'exposition en diminuant le niveau de peur et en augmentant les comportements d'approche aux stimuli anxiogènes (Deacon *et al.*, 2010; Levy & Radomsky, 2014; Levy *et al.*, 2014; Milosevic & Radomsky, 2013). Par exemple, les résultats de l'étude réalisée par Deacon *et al.* (2010) ont montré que laisser les patients utiliser les comportements sécurisants de façon judicieuse, c'est-à-dire en début de traitement (période la plus exigeante et la plus anxiogène pour les patients), permettait d'obtenir les mêmes résultats

quant à la réduction des symptômes anxieux et les changements cognitifs que les thérapies qui décourageaient et empêchaient les patients d'utiliser les comportements idiosyncrasiques.

La différence méthodologique entre l'étude Powers *et al.* (2004) et de Deacon *et al.* (2010) pourrait expliquer la différence des résultats. Dans l'étude de Deacon *et al.* (2010), les chercheurs ont permis aux patients d'utiliser les comportements sécurisants durant les quatre premières séances de thérapie et ont averti les patients que ces comportements ne seraient pas permis durant les deux dernières séances. À l'opposé, les chercheurs de l'étude de Powers *et al.* (2004) ont permis l'utilisation des comportements sécurisants durant toutes les séances de thérapie. Plusieurs études subséquentes ont confirmé les résultats de Deacon *et al.* (2010) (Levy & Radomsky, 2014; Levy *et al.*, 2014; Milosevic & Radomsky, 2013).

Les résultats d'une étude réalisée par Norton *et al.* (2011) ont montré que les participants qui vivaient de l'anxiété élevée durant la première séance d'exposition avaient une tendance significativement plus élevée d'abandonner la thérapie. Par ces données, nous serions portés à conclure que l'utilisation des comportements sécurisants durant les premières séances pourrait être une solution intéressante pour améliorer l'acceptabilité de la TCC, sans toutefois compromettre son efficacité.

Contrairement à l'exposition, l'acceptabilité des deux autres composantes de la TCC (psychoéducation et restructuration cognitive) semble avoir reçu beaucoup moins d'attention par les chercheurs; probablement dû au fait qu'il s'agit des stratégies d'intervention qui semblent être moins chargées émotionnellement pour les patients.

Seulement deux études ont abordé l'acceptabilité de la psychoéducation par les patients. Les patients interviewés par Mukherjee *et al.* (2006) ont mentionné que l'information reçue durant la TCC sur les troubles anxieux, ses mécanismes et ses symptômes a contribué à leur pouvoir d'agir tout en réduisant leur sentiment d'isolement. Ces participants se sont sentis soulagés, car l'enseignement donné durant la thérapie leur a permis de mieux comprendre leur trouble. Quant à Cox *et al.* (1994), ils ont révélé que les composantes de la TCC en lien avec la psychoéducation

étaient autant appréciées que considérées utiles par les patients. Cette composante de la TCC ne semble donc pas poser un problème d'acceptabilité pour les patients qui présentent un trouble anxieux.

Aucune étude concernant l'acceptabilité par les patients de la restructuration cognitive n'est ressortie de la stratégie recherche établie.

2.2.4.3. *L'acceptabilité du format de la TCC*

Se penchant sur la question, quelques chercheurs ont constaté que le format de la TCC a une incidence sur la satisfaction des patients de la TCC. Une étude portant sur le traitement du trouble panique (Bandelow, Sievert, Rothemeyer, *et al.*, 1995) a montré que les patients semblaient être plus satisfaits des modalités d'intervention individuelles que de groupe. Quant au format intensif (même nombre de sessions de thérapie que le format conventionnel, mais dans un laps de temps plus rapproché) versus le format conventionnel (une session de thérapie par semaine), les études ont montré qu'en général, les participants ayant reçu l'un ou l'autre format de la TCC semblaient être satisfaits du traitement qu'ils ont reçu, peu importe le format de thérapie (Bevan *et al.*, 2010; Bohni *et al.*, 2009).

Selon les patients socialement anxieux de l'étude de Beard *et al.* (2012), la majorité ont rapporté que la longueur de huit sessions était acceptable tandis que certains ont mentionné qu'il aurait fallu plus de sessions pour renverser des habitudes qui se sont solidement ancrées avec les années.

En somme, le format de thérapie en individuel semble être perçu comme étant plus acceptable par les patients. Cependant, il s'agit des résultats d'une seule étude, ce qui nous empêche d'avancer cette conclusion avec certitude. Quant à la durée de la thérapie et au format intensif ou conventionnel, la préférence semble varier d'un patient à un autre.

2.2.4.4. *L'acceptabilité de la TCC-T*

Ayant examiné les études antérieures sur les préférences et l'acceptabilité de la TCC et ses composantes par les patients qui présentent un trouble anxieux, abordons maintenant les connaissances quant à l'acceptabilité par les patients de la TCC-T. Seulement deux études portant sur l'acceptabilité d'un traitement psychothérapeutique utilisant un protocole transdiagnostique pour le traitement des troubles anxieux ont été repérées. Ces deux études ont étudié la faisabilité et l'acceptabilité d'un traitement basé sur le protocole unifié pour le traitement transdiagnostique des troubles émotionnels (*Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*) de Barlow *et al.* (2011, 2017). Toutefois, il est important de souligner qu'il ne s'agit pas du même protocole que celui de Norton (Norton, 2012a) qui est utilisé dans le cadre de cette étude. La population à l'étude diffère également de celle de la présente étude.

Dans l'étude exploratoire menée par Bullis *et al.* (2015) visant à explorer l'efficacité du protocole unifié de Barlow *et al.* (2011, 2017) pour le traitement en groupe des patients ayant un trouble anxieux avec une dépression en comorbidité, la majorité des patients ont qualifié la thérapie comme étant extrêmement acceptable ou très acceptable et ont rapporté être extrêmement satisfaits ou très satisfaits. La majorité des patients interviewés ont perçu très positivement la présence de patients avec un diagnostic différent dans le même groupe et ont mentionné que l'expérience des autres patients était aidante pour leur processus de rétablissement. Cependant, un patient a mentionné qu'il était parfois désengagé et trouvait par moment la thérapie ennuyante, car il avait de la difficulté à se retrouver dans le récit de l'expérience des autres participants du groupe qui présentaient un profil clinique plus sévère que lui. Comme les résultats rapportés par Beard *et al.* (2012), quelques participants de l'étude de Bullis *et al.* (2015) ont mentionné souhaiter obtenir plus de séances d'exposition.

L'ECR mené par Ellard *et al.* (2017) poursuivait les mêmes objectifs que l'étude de Bullis *et al.* (2015), c'est-à-dire évaluer l'efficacité du protocole unifié de Barlow *et al.* (2011, 2017). Cependant, la population cible était plutôt les patients bipolaires ayant un trouble anxieux en comorbidité. Les données de cette étude ont rapporté que malgré un taux d'attrition de 38%, le

protocole unifié semblait être un traitement acceptable pour les patients bipolaires ayant un trouble anxieux. Quant au niveau de satisfaction envers la thérapie, les patients du groupe expérimental (protocole unifié + traitement usuel) semblaient être aussi satisfaits que ceux du groupe contrôle qui ont reçu uniquement le traitement pharmacologique usuel. La raison d'abandon du groupe contrôle était essentiellement liée à l'insatisfaction de certains participants de s'être retrouvés de façon aléatoire dans le groupe qui ne recevait pas le traitement psychothérapeutique. Seulement trois patients sur 14 du groupe expérimental ont abandonné au cours de la thérapie. Un de ces patients a mentionné abandonner la thérapie à cause de l'inconfort provoqué par les exercices d'exposition. Les résultats de cette étude ont également avancé que les participants étaient moyennement adhérents à faire les devoirs et les exercices prescrits.

Bien que le protocole d'intervention utilisé par Bullis *et al.* (2015) et par Ellard *et al.* (2017) soit différent de celui utilisé par notre étude, s'adressant plutôt aux troubles émotionnels de manière générale, les résultats de ces études nous apprennent que l'aspect transdiagnostique, c'est-à-dire le fait de se retrouver avec des patients ayant un type de trouble anxieux ou affectif différent, ne semble pas être un obstacle à l'acceptabilité de l'intervention par les patients.

2.2.5. Les déterminants de l'acceptabilité et de la satisfaction

Abordons maintenant les connaissances issues de la littérature quant aux déterminants de l'acceptabilité et de la satisfaction des patients. Dans une étude qui compare la perception de l'empathie et de la satisfaction des patients des thérapies en groupe basées sur les principes de la TCC (format structuré, contenu et durée prédéterminés) versus une thérapie en individuel (durée variable et techniques d'intervention éclectiques), Mitchell (1998) a observé qu'il existait un lien de corrélation positif modéré à fort entre la perception des patients du niveau d'empathie du thérapeute et leur niveau de satisfaction envers la thérapie. En effet, cette étude a rapporté que les clients mettaient beaucoup d'emphasis sur la démonstration de l'empathie par les thérapeutes. En fait, le niveau de satisfaction envers la thérapie était plus élevé lorsqu'ils percevaient que le thérapeute manifestait de l'empathie à leur égard. Cette étude a montré aussi que les thérapeutes

étaient aussi capables de démontrer de l'empathie envers les patients même dans un contexte structuré de durée limitée de sessions de thérapie et en format de groupe (Mitchell, 1998).

Les données issues de l'étude de Smith *et al.* (2013) soutiennent ceux de Mitchell (1998), puisqu'elles ont souligné l'importance pour les patients d'établir un lien thérapeutique avec le(s) thérapeute(s) (Smith *et al.*, 2013). D'ailleurs, dans leur méta-analyse, Swift et Callahan (2009) ont rapporté que les patients étaient prêts à opter pour une intervention reconnue comme moins efficace pour le bénéfice d'avoir un thérapeute empathique.

En 2013, Hundt *et al.* ont publié les résultats de leur étude sur les facteurs qui prédisaient la satisfaction face au traitement en soins de première ligne des personnes âgées ayant un TAG. En comparant un groupe qui recevait la TCC et l'autre, les soins usuels, ils ont constaté que le groupe ayant reçu la TCC était plus satisfait du traitement que le groupe contrôle. De plus, il ressort des résultats que la crédibilité du traitement, les attentes face au traitement, le soutien social et la diminution des symptômes dépressifs et anxieux semblaient prédire la satisfaction pour les deux groupes. Pour le groupe TCC, seulement la crédibilité et l'adhésion au traitement ont prédit la satisfaction, ce qui suggère que les patients âgés qui adhéraient davantage au rationnel de la thérapie et qui suivaient les recommandations des thérapeutes plus attentivement étaient susceptibles de rapporter une plus grande satisfaction face au traitement.

En somme, d'après la littérature, il semble que la présence d'un thérapeute soutenant et empathique et la perception du traitement comme étant crédible constituent les prédicteurs les mieux établis à l'acceptabilité et à la satisfaction des patients.

2.2.6. L'adhésion à la TCC

Comme la littérature suggère un lien entre l'adhésion et l'acceptabilité envers un traitement, nous avons examiné les connaissances actuelles à ce sujet. Bien que toutes les études semblent concorder quant à l'acceptabilité de la TCC, celle-ci connaît néanmoins un taux d'abandon assez important. Ce taux varie d'une étude à l'autre, mais il tend à osciller entre 20 et 35% (Bados *et*

al., 2007; Fernandez *et al.*, 2015). Certains auteurs ont de surcroît avancé que les taux fournis par les études cliniques étaient sûrement sous-estimés puisque le nombre d'abandons semblait être plus élevé dans le contexte réel de soins que dans les essais contrôlés randomisés (Bados *et al.*, 2007).

Une équipe de chercheurs ont avancé que les raisons d'attrition provenaient majoritairement d'un refus de la part des candidats de prendre part à l'étude (Hofmann *et al.*, 1998). D'ailleurs, deux études se sont penchées sur les raisons d'attrition prétraitement, c'est-à-dire les raisons pour lesquelles les patients ne prenaient pas part aux essais cliniques portant sur la TCC et la pharmacothérapie pour le traitement des troubles anxieux (Hofmann *et al.*, 1998; Huppert *et al.*, 2003). Lorsque les auteurs ont exploré les raisons de ce refus, ils ont appris que la raison la plus fréquemment évoquée par les candidats était leur désir de ne pas vouloir prendre un médicament pour le traitement des troubles anxieux (Hofmann *et al.*, 1998; Huppert *et al.*, 2003) ou la peur de devoir arrêter la prise d'un autre médicament (Hofmann *et al.*, 1998).

Les raisons aussi évoquées par les participants d'abandonner la thérapie étaient : une faible motivation ou une insatisfaction avec le traitement ou le thérapeute (Bados *et al.*, 2007); des difficultés externes d'ordre logistique telles que l'impossibilité de se dégager du travail ou le manque de transport pour se rendre à la thérapie (Bados *et al.*, 2007; Mancebo *et al.*, 2011; Mukherjee *et al.*, 2006); une perception d'amélioration satisfaisante (Bados *et al.*, 2007); les coûts reliés à la TCC et la peur de participer à la TCC (Mancebo *et al.*, 2011). Certains auteurs ont aussi observé que les patients qui abandonnaient la thérapie avaient souvent des troubles affectifs ou alimentaires ou avaient un problème de contrôle de leurs impulsions (Bados *et al.*, 2007).

Certains auteurs ont suggéré d'intégrer des stratégies pour favoriser l'adhésion au traitement dans le protocole de traitement, c'est-à-dire impliquer activement l'intervenant dans ce processus pour assurer l'adhésion des patients à la thérapie (Mukherjee *et al.*, 2006). Par exemple, il peut s'agir de faire un suivi auprès des patients non-adhérents au traitement pour en comprendre les raisons et intervenir rapidement afin de favoriser leur adhésion (Mukherjee *et al.*, 2006). Ces mêmes

auteurs ont aussi suggéré aux professionnels de prendre en compte les barrières logistiques auxquelles les personnes en situation financière précaire doivent faire face (Mukherjee *et al.*, 2006).

Quant aux facteurs qui favorisaient l'adhésion à la thérapie, des participants d'une étude ont mentionné que la TCC a permis une réduction du sentiment d'isolement, a favorisé le pouvoir d'agir, a procuré une plus grande autonomie et un sentiment de soulagement parce que l'information reçue leur a permis de mieux comprendre leur trouble anxieux (Mukherjee *et al.*, 2006). D'autres études ont relevé une bonne alliance thérapeutique, être prêt à recevoir un traitement (Maher *et al.*, 2012) et recevoir un traitement correspondant à leur modalité de traitement préféré (Perreault *et al.*, 2014) comme des facteurs favorisant l'adhésion à la TCC.

Par ces résultats, nous constatons que la TCC possède quelques obstacles à son adhésion. Cependant, plusieurs de ces obstacles peuvent être surmontés grâce au soutien et à l'accompagnement des thérapeutes.

2.3 Résumé de l'état des connaissances

Les études qui se sont penchées sur l'acceptabilité de la TCC semblent montrer une bonne acceptabilité de la TCC par les patients (Deacon & Abramowitz, 2005; Hecker *et al.*, 1993; Naik *et al.*, 2013). Comparativement à la pharmacothérapie et même aux autres types de psychothérapie, elle semble être le traitement préféré par les patients, particulièrement ceux qui n'ont jamais eu recours à la médication pour le traitement de leur trouble anxieux (Becker *et al.*, 2007; Deacon & Abramowitz, 2005; Hofmann *et al.*, 1998; Huppert *et al.*, 2003; Mukherjee *et al.*, 2006; Norton *et al.*, 1983). Malgré cela, le taux de refus de débiter une TCC ou le taux d'abandon élevé en cours de thérapie sont des enjeux importants (Fernandez *et al.*, 2015). Bien que les participants semblent saisir que l'exposition aux stimuli anxiogènes soit une composante importante pour le succès de la thérapie, plusieurs étaient très réfractaires à l'expérimenter dans les études antérieures (Cox *et al.*, 1994; Crowe *et al.*, 1972). Les études portant sur l'acceptabilité

de cette composante de la TCC sont mitigées. Certaines études affirment que les participants évaluaient négativement l'acceptabilité de l'exposition (Cox *et al.*, 1994; Maltby & Tolin, 2005) tandis que d'autres affirment que les participants la percevaient comme acceptable et la préféraient même à d'autres traitements (Becker *et al.*, 2007; Norton *et al.*, 1983).

Quant à l'acceptabilité d'une intervention transdiagnostique, il est ressorti que la majorité des patients trouvaient enrichissant et aidant de prendre connaissance de l'expérience des participants qui avaient un trouble différent du leur (Barlow *et al.*, 2017).

2.4 Forces et limites des études recensées

En examinant le tableau 1 qui résume les caractéristiques méthodologiques des études retenues pour la recension des écrits, plusieurs constats peuvent être dégagés. Premièrement, très peu d'études (cinq) se sont penchées sur l'acceptabilité de la TCC et seulement deux études ont examiné l'acceptabilité de la TCC-T par les patients. Parmi les études portant sur l'acceptabilité de la TCC, une seule a utilisé un devis qualitatif (Bevan *et al.*, 2010) et une autre un devis mixte (Anderson *et al.*, 2008) qui comportait un volet qualitatif pour examiner l'acceptabilité des patients. Les autres études ont adopté un devis quantitatif et utilisé des questionnaires structurés avec des questions fermées. Il s'agit d'une méthode de collecte de données très valable permettant de déterminer si un patient considère l'intervention comme étant acceptable ou non. Les données quantitatives permettent aussi d'établir la proportion de patients qui perçoivent la TCC comme étant acceptable et d'examiner la corrélation entre certaines variables. Cependant, les questionnaires structurés comportant des choix de réponses prédéterminées ne permettent pas d'obtenir toutes les nuances d'opinion des patients. Dans l'étude d'Anderson *et al.* (2008) qui a utilisé un devis mixte, la présentation des données du volet qualitatif sur l'acceptabilité s'est fait de façon très quantitative. Aucun thème ou extrait de verbatim n'y était présenté.

Lors de l'analyse critique des articles, nous avons aussi constaté que seulement une étude (Hecker *et al.*, 1993) avait adopté un cadre conceptuel pour guider le choix des indicateurs de

l'acceptabilité. Dans les autres études (Bevan *et al.*, 2010; Naik *et al.*, 2013), il semble que les auteurs n'ont pas eu recours à une assise théorique afin de bien définir le concept de l'acceptabilité avant de le mesurer.

Il est aussi ressorti des données de la recension des écrits et de l'examen du tableau 1 que plusieurs études (par ex., Arch *et al.* (2015) et Gaudreau *et al.* (2015)) ont utilisé des vignettes présentant des situations hypothétiques pour évaluer l'acceptabilité des thérapies. Ces études sont intéressantes, car elles permettent d'étudier l'acceptabilité d'une intervention de façon prospective. Cependant, comme l'évaluation de l'acceptabilité d'une intervention est un processus dynamique qui risque de changer selon le moment mesuré (Proctor *et al.*, 2011; Sekhon *et al.*, 2017), il est important de la mesurer aussi de façon concomitante et rétrospective, c'est-à-dire pendant et après que les patients aient reçu l'intervention.

Nous avons aussi constaté que les études qui ont évalué ce concept auprès des participants qui ont vécu l'expérience d'une intervention réelle l'ont fait de façon peu approfondie en demandant aux participants de répondre à un court questionnaire de satisfaction ou d'acceptabilité. De plus, dans plusieurs études, la population recrutée était non-clinique, c'est-à-dire provenant de la population générale qui n'avait pas nécessairement un trouble anxieux. Comme la majorité de ces participants n'avaient pas un trouble anxieux, il est donc difficile de généraliser les résultats à une population clinique ayant un trouble anxieux.

L'examen du tableau 1 a permis également de constater que beaucoup d'études évaluant l'acceptabilité de la TCC datent des années 1990 et 2000. Très peu d'études dans ce domaine ont été réalisées au cours des dix dernières années. Bien que le facteur temporel ne devrait pas changer de manière significative l'acceptabilité de la TCC, il serait intéressant d'avoir des données récentes sur ce phénomène important.

Finalement, les deux études portant sur l'acceptabilité de la TCC-T sont de nature exploratoire. Bien qu'elles nous aient fourni des informations utiles sur l'acceptabilité par les patients d'un protocole transdiagnostique, ces ECR possèdent une taille d'échantillon très restreinte, particulièrement l'étude de Bullis *et al.* (2015) qui était composée de 11 participants. De plus,

elles ont effleuré de façon très sommaire l'étude de l'acceptabilité de la TCC-T. Plusieurs aspects particuliers des psychothérapies transdiagnostiques de groupe (p. ex. : l'hétérogénéité des diagnostics dans le même groupe, le format de groupe) n'ont pas été abordés avec les patients à l'étude. Ces aspects pourraient avoir une incidence sur l'acceptabilité par les patients de la TCC-T. Finalement, une des deux études portait sur les patients ayant un trouble bipolaire qui ont également un trouble anxieux. Cette population est assez différente des patients qui présentent un trouble anxieux sans être accompagné d'un trouble mental sévère, tel que le trouble bipolaire.

2.5 Pertinence de l'étude actuelle

Devant le manque d'études qui ont exploré de façon approfondie l'acceptabilité par les patients de la TCC-T et connaissant la prévalence des troubles anxieux ainsi que les impacts importants sur la vie des personnes qui en souffrent, mener une étude qui vise à étudier l'acceptabilité par les patients d'une intervention qui permettrait de pallier le problème d'accessibilité à la psychothérapie en première ligne semble être justifiée et à point.

Pour toutes ces raisons et celles illustrées dans les deux premiers chapitres, la présente étude propose, par un volet de recherche complémentaire imbriqué à l'ECR de Roberge, Provencher *et al.* (2015-2019) de documenter l'acceptabilité de la TCC-T offerte dans un contexte de soins de première ligne, selon la perspective des patients.

Tableau 1: Caractéristiques méthodologiques des articles de la recension des écrits

MÉTHODOLOGIE					ÉCHANTILLON				
Auteurs	Dispositif de recherche	Type d'étude	Thèmes	Méthode de collecte	Instruments	Type de population	Type de population	Taille et sexe	Lieu de recrutement
Arch <i>et al.</i>, 2015	Quantitatif	ECR	Crédibilité de la thérapie par exposition	Données auto-rapportées	Vignettes	Générale	Adulte	n= 964 ♀= 64% ♂= 36%	En ligne via Mechanical Turk (MTurk)
Bados <i>et al.</i>, 2007	Quantitatif	n/d	Taux et raisons d'abandon de la TCC	n/d	Questionnaires	Clinique	Adulte	n= 203 ♀= 72% ♂= 28%	Clinique universitaire de thérapie comportementale
Bandelow <i>et al.</i>, 1995	Quantitatif	Analyse rétrospective	Comparaison du niveau de satisfaction entre les traitements et mode d'administration	Entrevues structurées	Questionnaires structurés	Clinique	Adultes	n= 100 ♀= n/d ♂= n/d	Clinique universitaire de l'anxiété
Bevan <i>et al.</i>, 2010	Qualitatif	Étude comparative entre 2 groupes Volet imbriqué dans un ECR	Perception des participants quant à l'acceptabilité du format intensif de la TCC vs le format standard	Entrevues semi-dirigées	Guide d'entrevue semi-dirigée (questions ouvertes)	Clinique	Adulte (19-40 ans)	n= 12 ♀= 67% ♂= 33 %	Clinique de psychologie
Bohni <i>et</i>		ECR	Étude entre	Question-	Questionnaires	Clinique	Adulte	n= 39	Clinique

MÉTHODOLOGIE					ÉCHANTILLON				
Auteurs	Dispositif de recherche	Type d'étude	Thèmes	Méthode de collecte	Instruments	Type de population	Type de population	Taille et sexe	Lieu de recrutement
<i>al., 2009</i>	Quantitatif		l'efficacité entre 2 formats de TCC avec mesure de satisfaction des patients	naires			(19-40 ans)	♀ = 72% ♂ = 28%	universitaire de l'anxiété
Bullis et al., 2015	Quantitative avec petite partie qualitative	ECR + étude exploratoire	Faisabilité et l'acceptabilité d'un protocole unifié	Données auto-rapportées	Questionnaires structurés + quelques questions ouvertes	Générale	Adulte	n= 11 ♀ = 7 ♂ = 4	Clinique en première ligne
Cox et al., 1994	Quantitatif	Étude comparative	Comparaison du niveau de satisfaction entre interventions de TCC en groupe vs par téléphone	Données auto-rapportées	Questionnaires	Clinique	Adulte	n= 69 ♀ = 81% ♂ = 19%	Inconnu
Deacon et al., 2010	Quantitatif	ECR	Utilisation judicieuse des « Safety behavior » pour favoriser l'acceptabilité de la TCC	Données auto-rapportées	Questionnaires	Générale	Jeunes adultes	n= 33 ♀ = 85% ♂ = 15%	Université (bac. en psychologie)
Deacon & Abramo	Quantitatif	n/d	Acceptabilité de la TCC vs la pharmacologie	Entrevues diagnostiques avec	Questionnaires	Clinique	Adulte	n= 103 ♀ = 53% ♂ = 47%	Cliniques de psychologie

MÉTHODOLOGIE					ÉCHANTILLON				
Auteurs	Dispositif de recherche	Type d'étude	Thèmes	Méthode de collecte	Instruments	Type de population	Type de population	Taille et sexe	Lieu de recrutement
witz, 2005			thérapie	psychologue et psychiatre + données auto-rapportées					
Ellard et al., 2017	Quantitatif	ECR (étude pilote)	Faisabilité et acceptabilité d'un protocole unifié	Données auto-rapportées	Questionnaires structurés	Clinique	Adulte	n= 29 ♀= 17 ♂= 12	Clinique externe hospitalière pour la clientèle ayant un trouble bipolaire
Foster et al., 2011	Quantitatif	n/d	Préférence du mode de TCC	Données auto-rapportées	Questionnaires	Clinique	Pop. adulte	n= 119 ♀= 45% ♂= 55%	Cliniques communautaires et sur internet
Garcia-Palacio et al., 2007	Quantitatif	Volet imbriqué dans un ECR	Comparaison de l'acceptabilité entre l'exposition virtuelle vs exposition in vivo	Questionnaires	Questionnaires	Clinique	Adulte	n= 150 ♀= 86% ♂= 14%	Université
Gaudreau et al., 2015	Quantitatif	n/d	Comparaison de l'acceptabilité entre 2 psychothérapies et	Données auto-rapportées	Questionnaires Vignettes (situations hypothétiques)	Générale	Âgée	n= 88 ♀= 74% ♂= 26%	Clubs sociaux

MÉTHODOLOGIE					ÉCHANTILLON				
Auteurs	Dispositif de recherche	Type d'étude	Thèmes	Méthode de collecte	Instruments	Type de population	Type de population	Taille et sexe	Lieu de recrutement
			pharmacothérapie						
Hofman n et al., 1998	Qualitatif	Volet imbriqué dans un ECR	Les raisons d'attrition de prétraitement d'un ECR	Entrevues semi-dirigées	Guide d'entrevue semi-dirigée (questions ouvertes)	Clinique	Adulte	n= 628 ♀= n/d ♂= n/d	1 clinique médicale et 1 clinique de psychologie
Hundt et al., 2013	Quantitatif	ECR	Prédicteurs de la satisfaction au traitement	Données auto-rapportées	Questionnaires	Clinique	Âgée	n= 134 ♀= 81% ♂= 19%	Cliniques de première ligne
Huppert et al., 2003	Qualitatif	Volet imbriqué dans un ECR	Les raisons d'exclusion et de refus de participer à un ECR	Entrevues semi-dirigées	Guide d'entrevue semi-dirigée (questions ouvertes)	Clinique	Adulte	n= 47 ♀= n/d ♂= n/d	Par référence et affiches
Levy & Radomsky, 2014	Quantitatif	ECR	Acceptabilité de l'exposition par l'utilisation des « Safety behavior »	Données auto-rapportées	Questionnaires	Générale	Adulte	n= 81 ♀= 60% ♂= 40%	Université
Levy et al., 2014	Quantitatif		Utilisation judicieuse des « Safety behavior » pour favoriser l'acceptabilité et	Données auto-rapportées	Questionnaires + vignettes (situations hypothétiques)	Générale	Jeunes adultes	n= 688 ♀= 85% ♂= 15%	Université

MÉTHODOLOGIE					ÉCHANTILLON				
Auteurs	Dispositif de recherche	Type d'étude	Thèmes	Méthode de collecte	Instruments	Type de population	Type de population	Taille et sexe	Lieu de recrutement
			l'adhésion à la TCC						
Maher <i>et al.</i>, 2012	Quantitatif	Volet imbriqué dans un ECR	Facteurs prédicteurs de l'adhésion à la TCC (emphasis sur l'exposition)	Données auto-rapportées	Questionnaires	Clinique	Adulte	n= 28 ♀= n/d ♂= n/d	Inconnu
Malby & Tolin (2005)	Quantitatif	ECR	Efficacité d'une intervention pour réduire l'attrition	Entrevues diagnostiques + données auto-rapportée	Questionnaires	Clinique	Adulte	n= 12 ♀= n/d ♂= n/d	Inconnu
Mancebo <i>et al.</i>, 2011	Mixte	Étude observationnelle longitudinale	Adhésion à la TCC	Questionnaires administrés par les intervenants + entrevues semi-structurées	Questionnaires + Guide d'entrevue semi-dirigée (questions ouvertes)	Clinique	Adulte	n= 202 ♀= 57% ♂= 43%	Milieus psychiatriques
Milosevick & Radomsky, 2013	Quantitatif		Utilisation judicieuse des « Safety behavior » pour favoriser l'acceptabilité et	Données auto-rapportées	Questionnaires + vignettes (situations hypothétiques)	Clinique et générale	Adulte	n= 437 ♀= 82% ♂= 18%	Université (groupe « étudiant ») Université et annonces dans journaux (groupe

MÉTHODOLOGIE					ÉCHANTILLON				
Auteurs	Dispositif de recherche	Type d'étude	Thèmes	Méthode de collecte	Instruments	Type de population	Type de population	Taille et sexe	Lieu de recrutement
			l'adhésion à la TCC						clinique)
Mitchell, 1998	Quantitatif	Sondage	Perception de l'empathie et de la satisfaction des patients de la TCC conventionnelle vs TCC en groupe	Sondage	Questionnaires	Clinique	Adulte	n= 230 ♀= 68% ♂= 30% (4 participants n'ont pas indiqué leur sexe)	Clinique spécialisée en santé mentale
Mukherjee et al., 2006	Qualitatif	Volet imbriqué dans un ECR	Adhésion au traitement	Entrevues semi-dirigées	Guide d'entrevue semi-dirigée	Clinique	Adulte en situation de pauvreté	n= 232 ♀= 67% ♂= 33%	Cliniques de première ligne
Norton et al., 1983	Quantitatif	ECR	Comparaison de l'acceptabilité entre 5 traitements	Données auto-rapportées	Questionnaires (situations hypothétiques)	n/a	Adulte	<u>Exp.1</u> : n= 32 ♀= 47% ♂= 53% <u>Exp. 2</u> : n= 10 ♀= 100% ♂= 0%	Département psychiatrique
Norton et al., 1985	Quantitatif		Traits de personnalité qui prédisent la préférence pour un	Données auto-rapportées	Questionnaires (situations hypothétiques)	Générale	Jeunes adultes	n= 51 ♀= 80% ♂= 20%	Université

MÉTHODOLOGIE					ÉCHANTILLON				
Auteurs	Dispositif de recherche	Type d'étude	Thèmes	Méthode de collecte	Instruments	Type de population	Type de population	Taille et sexe	Lieu de recrutement
			traitement						
Per-reault <i>et al.</i>, 2014	Quantitatif		Facteurs qui influencent l'adhésion	Données auto-rapportées	Questionnaires	Clinique	Adulte	n= 109 ♀= 79% ♂= 21%	Annonces + hôpitaux psychiatriques
Quero <i>et al.</i>, 2013	Quantitatif	ECR	Comparaison de l'acceptabilité de l'exposition intéroceptive virtuelle vs. in vivo	Données auto-rapportées	Questionnaires	Clinique	Adulte	n= 29 ♀= 79% ♂= 21%	Clinique de première ligne et clinique spécialisée en santé mentale
Smith <i>et al.</i>, 2012	Quantitatif	Analyses secondaires des données d'un ECR	Crédibilité et satisfaction de la TCC	Données auto-rapportées	Questionnaires	Clinique	Adulte	n= 48 ♀= 60% ♂= 40%	Clinique spécialisée en santé mentale
Swift & Callahan (2009)	Quantitatif	Méta-analyse	Impact des préférences sur l'issue de la thérapie	26 études	Inconnu	Clinique	Variable, mais principalement des adultes	n/a	Inconnu
Tompkins <i>et al.</i>, 2013	n/a	Article d'enseignement	L'effet des thérapies qui respectent les préférences des patients	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Westra <i>et al.</i>, 2010	Qualitatif	Volet imbriqué dans un ECR	Attentes des patients envers la TCC	Entrevues semi-dirigées	Guide d'entrevue semi-structurée	Clinique	Adulte	n= 18 ♀= 78% ♂= 22%	n/d

CHAPITRE 3 : CONTEXTE ET OBJECTIFS

3.1 Contexte du projet de recherche

Avant d'introduire les objectifs de cette étude, la présente section présente brièvement l'étude mère dans laquelle l'étude actuelle est imbriquée. Cela permettra au lecteur de bien situer l'étude actuelle dans son contexte.

Étude principale : Thérapie cognitive comportementale transdiagnostique de groupe pour les troubles anxieux : Un essai contrôlé randomisé pragmatique en première ligne

Devant le manque de données probantes issues des ECR sur l'efficacité des interventions psychologiques pour le traitement des troubles anxieux en première ligne, Roberge, Provencher *et al.* ont voulu tester l'efficacité de l'intervention TCC-T de Norton dans le contexte réel des soins de première ligne. Ainsi, en septembre 2016, grâce à l'obtention d'une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada, Roberge, Provencher *et al.* (2018) ont mis sur pied un ECR pragmatique pour examiner l'efficacité réelle et le rapport coût-efficacité de l'intervention TCC-T de groupe dans la diminution des symptômes anxieux des adultes ayant au moins un de ces troubles principaux suivants : le trouble panique, l'agoraphobie, l'anxiété sociale et le trouble d'anxiété généralisée.

Objectif général, hypothèse de recherche questions de recherche

L'objectif général de cet ECR consistait à évaluer l'efficacité de la TCC-T de groupe en complément aux soins usuels des troubles anxieux en première ligne. Il cherchait à déterminer si la TCC-T de groupe combinée aux soins usuels est plus efficace pour diminuer les symptômes anxieux des patients ayant un trouble panique, une agoraphobie, une anxiété sociale ou un trouble d'anxiété généralisée que les soins usuels seuls. Cette

étude posait l'hypothèse que la TCC-T de groupe est plus efficace que les soins usuels administrés seuls, ce qui détermine la supériorité de l'intervention TCC-T sur les soins usuels.

Méthodologie

L'étude de Roberge, Provencher *et al.* (2018) était un ECR pragmatique de supériorité. Elle était composée de deux groupes de comparaison : un groupe expérimental qui recevait l'intervention TCC-T conjointement aux soins usuels reçus en première ligne et un groupe contrôle qui recevait uniquement les soins usuels. La répartition des participants à l'un des deux groupes s'est faite de façon aléatoire. L'ERC ne posait aucune restriction quant aux services reçus dans le cadre des soins usuels en première ligne.

L'intervention TCC-T du groupe expérimental :

Cette intervention est basée sur le protocole de thérapie cognitive comportementale transdiagnostique de groupe de Norton (2012a) conçu pour le traitement de troubles anxieux mixtes regroupés au sein du même groupe d'intervention. Le protocole de TCC-T comprend quatre volets : 1) volet éducatif : éducation sur la nature des troubles anxieux et son traitement et une introduction sur l'autorégulation des symptômes d'anxiété provoqués par des stimuli; 2) volet sur la restructuration cognitive spécifique : restructuration des erreurs cognitives et pensées automatiques associées à l'anxiété; 3) volet sur l'exposition graduelle aux stimuli anxiogènes; et 4) volet sur la restructuration cognitive générale : restructuration des croyances ancrées et les perceptions négatives sur la vie de tous les jours. L'intervention était offerte en groupes de huit à dix patients à raison de deux heures par semaine pour une période de 12 semaines. Les groupes de thérapie étaient coanimés par des psychologues ou psychothérapeutes accrédités par l'Ordre des psychologues du Québec. Le premier psychothérapeute devait posséder un minimum de deux ans d'expérience clinique en TCC. Le deuxième psychothérapeute était un clinicien provenant de l'un des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) des trois sites de réalisation de

l'étude et était désigné par la direction du centre. Ceux-ci présentaient généralement peu d'expérience en TCC.

Participants :

Afin de refléter la diversité des patients desservis en soins de première ligne au Québec, les chercheurs de cet ECR ont choisi d'élargir le plus possible les critères d'inclusion et de limiter au minimum les critères d'exclusion. Ainsi, les critères d'inclusion pour participer à l'ECR étaient : 1) être âgés de 18 ans et plus; 2) être capable de parler et d'écrire en français; 3) répondre au moins à un des critères de diagnostic du DSM-5 en tant que diagnostic principal d'un des troubles anxieux suivants : trouble panique, agoraphobie, trouble d'anxiété généralisée et/ou trouble d'anxiété sociale. Les critères d'exclusion étaient : 1) avoir des intentions suicidaires actives, une psychose, un trouble bipolaire ou un trouble actif de dépendance à des substances durant les 12 derniers mois; 2) avoir des troubles cognitifs marqués; et 3) avoir consulté un psychiatre au cours de la dernière année. Ces critères d'exclusion ont été choisis considérant que les patients ayant ces profils cliniques sont susceptibles de ne pas bénéficier de l'effet de l'intervention. Les patients qui avaient une dépression, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble de stress post-traumatique en co-concurrence à un des quatre troubles anxieux cités plus haut étaient éligibles à participer à l'étude.

Recrutement et sites participants :

Le recrutement des participants a été réalisé dans les CISSS et CIUSSS de trois villes au Québec : Sherbrooke, Québec-Nord et Laval. Une approche pragmatique a été utilisée afin d'obtenir un échantillon de patients qui représente bien la variété des profils cliniques de patients qui consultent en première ligne pour le traitement de leur trouble anxieux : les patients nouvellement diagnostiqués, ceux qui ont ce diagnostic depuis longtemps, ceux qui résistent ou ont déjà expérimenté d'autres traitements, ceux qui ont des troubles physiques ou psychiatriques en comorbidité, etc. (Roberge *et al.*, 2018). Plusieurs méthodes de recrutement des participants ont été employées : annonces placées dans les salles d'attente

des cliniques, sur les panneaux publicitaires situés près des cliniques et différents lieux publics, dans les journaux locaux, via la page Facebook du projet, etc. Les participants ont passé à travers une procédure de sélection en trois étapes avant d'être recrutés et assignés aléatoirement au groupe expérimental ou au groupe contrôle : 1) répondre à un court questionnaire en ligne pour s'assurer que les patients répondent aux critères d'admissibilité de base et pour détecter des symptômes d'anxiété et de comorbidité psychiatrique; 2) courte entrevue téléphonique réalisée par un évaluateur clinique qui s'appuyait sur un questionnaire semi-structuré et sur les réponses fournies au questionnaire en ligne; et 3) entrevue diagnostique réalisée en personne et basée sur le guide d'entrevue semi-structuré *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5* (Brown & Barlow, 2014).

Temps de mesure et collecte des données :

Les professionnels de recherche responsables de la collecte des données ont été à l'insu quant à l'appartenance des participants au groupe expérimental ou au groupe contrôle. Chaque participant était invité à répondre à quatre temps de mesure : T₁ (rencontre initiale, en personne); T₂ (quatre mois après l'entrée à l'étude, par téléphone); T₃ (huit mois après l'entrée à l'étude, en personne); T₄ (douze mois après l'entrée à l'étude, par téléphone). Lors de chaque temps de mesure, les participants devaient remplir des questionnaires qui portaient essentiellement sur les symptômes d'anxiété, de dépression et l'utilisation des services de santé.

3.2 Objectifs de recherche

L'étude actuelle ayant été bien située dans son contexte par la présentation de l'étude principale, cette section présente l'objectif principal et les objectifs spécifiques de cette présente étude.

3.2.1. Objectif général

Le but général de cette étude est d'examiner l'acceptabilité de la TCC-T offerte dans un contexte de première ligne selon le point de vue des patients qui présentent un trouble anxieux.

3.2.2. Objectifs spécifiques

L'objectif général se décline en deux objectifs spécifiques:

- 1) Examiner les dimensions de l'acceptabilité selon le cadre conceptuel de Sekhon *et al.* (2017);
- 2) Explorer les pistes d'amélioration pour l'acceptabilité de la TCC-T.

CHAPITRE 4 : CONCEPT DE L'ACCEPTABILITÉ ET CADRE CONCEPTUEL

À travers ce chapitre, le concept de l'acceptabilité sera défini et le cadre conceptuel présenté. Ainsi, ce chapitre sera divisé en deux grandes sections : 1) la définition du concept central de cette étude, soit l'acceptabilité d'une intervention; pour terminer avec 2) le survol des différents cadres théoriques portant sur l'acceptabilité d'une intervention et la présentation du cadre conceptuel utilisé par cette étude.

4.1. Concept de l'acceptabilité

4.1.1. Son importance

Comprendre, explorer et mesurer la perception de l'acceptabilité d'une intervention ou d'un traitement par les patients ont eu un gain de popularité durant les trois dernières décennies auprès des chercheurs en recherche clinique (Sidani & Braden, 2011). Les travaux réalisés par Kazdin (1980,1981), pionnier des études sur l'acceptabilité des interventions dans les années 1980, ont permis de prendre conscience de l'importance de ce concept dans la prestation d'une intervention (Diller *et al.*, 2013).

Il est important de connaître le niveau d'acceptabilité d'une intervention, car un traitement perçu inacceptable par les patients et/ou les cliniciens ne sera pas utilisé même s'il a été démontré efficace (Diller *et al.*, 2013; Severy *et al.*, 2005; Sidani & Braden, 2011). Par exemple, l'électroconvulsivothérapie comme stratégie aversive pour le traitement des problèmes de comportement est une belle illustration puisque, malgré leur efficacité démontrée, ils sont rarement utilisés dus à leur faible acceptabilité (Brown *et al.*, 2008; Diller *et al.*, 2013). Il en est de même pour les patients qui participent à des études cliniques. Il a été démontré que les participants qui ont été affectés au traitement qu'ils

considèrent acceptable démontrent plus d'enthousiasme, adhèrent mieux au traitement et par conséquent, en retirent de meilleurs résultats (Sidani & Braden, 2011).

Bref, l'acceptabilité est essentielle dans la prise de décisions des traitements à implanter, car elle est l'élément clé à l'application de l'approche de soins centrés sur les patients (Sidani & Braden, 2011). « L'application de cette approche est associée à une implantation complète, à l'adoption, à l'adhésion et à la satisfaction du traitement, à l'établissement et le maintien d'un lien de confiance avec les professionnels de la santé. [Les patients démontrent] une meilleure capacité de résolution du problème, d'autogestion et un meilleur fonctionnement » [traduction libre] (Sidani & Braden, 2011, p. 164) (Dana & Wambach, 2003; Hibbard *et al.*, 2009; Kowinsky *et al.*, 2009; Reid Ponte *et al.*, 2003; Ruggeri *et al.*, 2003; Sidani, 2008; Stewart *et al.*, 2000; Wolf *et al.*, 2008). Il en résulte une diminution de l'utilisation des services de santé, donc une diminution des coûts tant pour les patients que pour la société (Eckert & Hintze, 2000; Naber & Kasper, 2000).

4.1.2. Définitions

La littérature révèle l'existence de plusieurs définitions du concept de l'acceptabilité d'une intervention. Cette section expose brièvement les principales définitions trouvées.

4.1.2.1. L'acceptabilité selon Kazdin (1980) :

Alan E. Kazdin, un chercheur s'intéressant aux interventions éducatives pour les enfants et les adolescents, a réalisé plusieurs études sur l'acceptabilité d'une intervention, entre autres, l'acceptabilité des techniques d'intervention auprès des enfants ayant des troubles de comportement (Kazdin, 1980, 1981). Découlant du concept de validité sociale de Wolf (1978), il propose une définition de l'acceptabilité issue de ses recherches et de sa réflexion. Ainsi, il définit l'acceptabilité comme « les jugements des laïcs, des clients et d'autres personnes quant à savoir si les procédures de traitement sont appropriées, équitables et raisonnables pour le problème ou le client » [traduction libre] (Kazdin, 1981, p. 900). Il est intéressant de constater que Kazdin reconnaît dans sa définition l'importance

d'évaluer l'acceptabilité auprès de plusieurs acteurs et non seulement les utilisateurs des services.

4.1.2.2. *L'acceptabilité selon Sidani et al. (2009)*

Sidani *et al.* (2009) avancent que l'évaluation de l'acceptabilité par les patients est déterminée par l'attitude qu'ont ceux-ci à l'égard des traitements disponibles et leur perception vis-à-vis les traitements avant de participer à l'intervention (Sekhon *et al.*, 2017; Sidani *et al.*, 2009). Ils identifient quatre critères influençant la perception de l'acceptabilité : 1) le traitement est approprié; 2) il convient au style de vie du patient; 3) il est pratique; et 4) il est efficace (Sidani *et al.*, 2009). Toutefois, il s'agit d'une définition statique qui ne convient pas au postulat que l'évaluation de l'acceptabilité d'une intervention soit un processus dynamique qui risque de changer selon le temps de mesure, ce que soutiennent certains auteurs (Proctor *et al.*, 2011; Sekhon *et al.*, 2017).

4.1.2.3. *L'acceptabilité selon Sekhon et al. (2017)*

La plus récente définition provient de l'équipe de Sekhon *et al.* (2017) qui a effectué une synthèse des synthèses de la littérature. À la suite de l'examen de toutes les définitions et les modèles théoriques de l'acceptabilité d'une intervention selon quarante-trois revues systématiques, ils ont constaté le manque de consensus entre les différentes définitions existantes de l'acceptabilité, ce qui les a amenés à proposer une méta-définition de ce concept. Ainsi, selon Sekhon *et al.* (2017), l'acceptabilité est « un concept multidimensionnel qui reflète dans quelle mesure les utilisateurs de services ou ceux qui les dispensent considèrent le traitement comme approprié selon les réponses cognitives et émotionnelles basées sur une expérience réelle ou anticipée » [traduction libre] (Sekhon *et al.*, 2017, p. 4). La définition de Sekhon *et al.* (2017) incorpore les composantes du concept de l'acceptabilité, c'est-à-dire les réponses cognitives et émotionnelles, tient en compte l'aspect dynamique de l'acceptabilité (évaluations en pré, pendant et post-intervention) et l'importance de l'évaluer non seulement auprès des utilisateurs de services (patients), mais

également auprès des dispensateurs de services (les thérapeutes). Selon nous, il s'agit de la définition conceptuelle la plus complète.

4.1.3. La différence entre les taxonomies

Dans cette sous-section, nous allons décrire des concepts connexes à l'acceptabilité qui sont distincts, mais parfois confondus et utilisés de façon interchangeable par certains auteurs.

4.1.3.1 Validité sociale versus acceptabilité

Montrose M. Wolf (1978), un psychologue américain qui a développé plusieurs interventions pour discipliner les enfants, a créé le concept de validité sociale. Il définit ce concept comme le niveau de pertinence ou de valeur sociale attribuée à une intervention par les patients du traitement (Eckert & Hintze, 2000; Wolf, 1978). Il met l'accent sur l'évaluation de la signification sociale des buts, des procédures et des résultats post-intervention (Eckert & Hintze, 2000; Wolf, 1978). Malgré que certains auteurs utilisent les concepts de validité sociale et d'acceptabilité d'une intervention de façon interchangeable, ces concepts sont interreliés, mais distincts (Lyst *et al.*, 2005). La validité sociale est orientée vers la valeur et la désirabilité sociale d'une intervention et mesure les buts, les procédures et les résultats d'une intervention, tandis que l'acceptabilité d'une intervention vise surtout à connaître les procédures d'une intervention qui sont perçues comme étant acceptables ou non (Lyst *et al.*, 2005).

4.1.3.2 Satisfaction versus acceptabilité

Le concept de la satisfaction est parfois utilisé de façon confondue et interchangeable avec le concept de l'acceptabilité par certains auteurs puisque ceux-ci utilisent des mesures de la satisfaction en proclamant étudier l'acceptabilité d'une intervention ou d'un traitement (Sekhon *et al.*, 2017). Or, il s'agit de concepts qui sont encore une fois interreliés, mais différents. Sidani et Braden (2011) avancent que la satisfaction réfère à la réaction globale des patients vis-à-vis l'intervention, tandis que l'acceptabilité évalue les procédures de l'intervention. Selon Proctor *et al.* (2011) l'évaluation de la satisfaction d'une intervention

par les patients est en lien avec le processus général d'un service (par exemple, la prise de rendez-vous, le temps d'attente, etc.) tandis que l'acceptabilité concerne les composantes d'une intervention ou d'un traitement particulier. Calvert et Johnston (1990) stipulent que ce qui fait la différence entre la satisfaction et l'acceptabilité d'une intervention se situe au temps de mesure. Elles affirment que les études de l'acceptabilité ont toujours lieu avant le début d'une intervention. Sinon, il s'agit d'une étude de la satisfaction. Sekhon *et al.* (2017) sont en partie en accord avec Calvert et Johnston puisqu'ils avancent que la satisfaction ne peut être mesurée qu'après l'expérience d'un service tandis que l'acceptabilité peut et devrait être mesurée autant avant qu'après l'intervention (Sekhon *et al.*, 2017).

4.1.3.3 « Appropriateness » versus acceptabilité

Le concept « appropriateness » (le caractère approprié ou non d'une intervention ou d'un traitement) est « l'adéquation, la pertinence ou la compatibilité perçue envers une pratique fondée sur des données probantes implantées dans un milieu particulier ou pour un fournisseur ou un consommateur donné ; et/ou l'adéquation perçue pour une innovation permettant de régler une question ou un problème particulier. » [traduction libre] (Proctor *et al.*, 2011, p. 69). Le caractère approprié ou non d'une intervention, d'un traitement ou d'une innovation est un concept similaire à celui de l'acceptabilité, mais Proctor *et al.* (2011) le distingue, car il avance qu'une intervention peut être appropriée pour le traitement d'un problème ou d'un trouble, mais que certains des éléments du traitement peuvent être perçus comme étant inacceptables aux yeux des patients ou des intervenants (Proctor *et al.*, 2011). La situation contraire est aussi possible.

4.2. Cadre conceptuel

À travers la deuxième section de ce chapitre, en continuité avec la présentation du concept d'acceptabilité, de ses principales définitions ainsi que des concepts apparentés, nous proposons d'aborder brièvement les cadres conceptuels qui traitent du concept

d'acceptabilité, pour ensuite présenter plus en détail le modèle théorique retenu pour répondre aux objectifs de cette étude.

Joseph C. Witt et Stephen N. Elliott (1985), deux chercheurs du domaine de l'éducation, ont élaboré un cadre conceptuel comportant quatre éléments: l'acceptabilité du traitement, l'utilisation du traitement, l'intégrité du traitement et l'efficacité du traitement (Elliott, 1988; Witt & Elliott, 1985). Il s'agit d'un des premiers cadres conceptuels élaborés pour définir l'acceptabilité d'une intervention (Huddleston, 2012). Ces auteurs proposent un lien séquentiel et réciproque entre ces quatre éléments postulant que les traitements perçus comme étant acceptables sont susceptibles d'être utilisés et d'être implantés de façon plus fidèle (Elliott, 1988; Huddleston, 2012; Witt & Elliott, 1985). En retour, si le traitement est implanté avec une bonne fidélité, cela se traduit par une meilleure efficacité du traitement puisqu'un traitement administré de façon fidèle permet un meilleur changement du comportement (Huddleston, 2012; Witt & Elliott, 1985). Ce modèle théorique souligne l'importance d'étudier l'acceptabilité d'une intervention par les patients. Cependant, peu d'études empiriques se sont penchées sur ce modèle pour démontrer la relation réciproque entre ces quatre éléments (Huddleston, 2012).

En 1987, Reimers, Wacker, et Koepl ont développé un modèle de l'acceptabilité d'un traitement qui consiste en une prolongation du modèle de Witt et Elliott (1985) (Huddleston, 2012). Étant en accord avec le postulat affirmant l'interdépendance potentielle entre la perception de l'acceptabilité et le niveau d'efforts fournis pour l'implantation du traitement (Witt & Elliott, 1985), ces chercheurs ajoutent l'importance du degré de compréhension des patients de l'intervention (Huddleston, 2012; Reimers *et al.*, 1987). Selon eux, s'assurer de bien expliquer aux patients en quoi consiste le traitement est la première étape à suivre pour être certains que ceux-ci soient en mesure d'évaluer son acceptabilité de façon adéquate (Huddleston, 2012; Reimers *et al.*, 1987). Lorsque les patients ne saisissent pas bien le rationnel d'un traitement, cela affecte négativement leur adhésion au traitement, et par conséquent, réduit l'efficacité du traitement (Huddleston, 2012; Reimers *et al.*, 1987).

Le “12-factor model of treatment acceptability” de Lennox et Miltenberger (1990) est composé de douze facteurs classés sous quatre catégories et présentés en ordre d’importance (Huddleston, 2012; Lennox & Miltenberger, 1990). Ces catégories sont : les considérations relatives à l’efficacité, les effets secondaires, les implications juridiques et sociales et les considérations pratiques (Huddleston, 2012; Lennox & Miltenberger, 1990). Les points faibles de ce modèle reposent sur la nature hiérarchique des catégories; il met donc l’emphase sur les interventions efficaces et laisse de côté les interventions potentiellement prometteuses dont l’efficacité n’a pas encore pu être démontrée (Huddleston, 2012). De plus, ce modèle accorde une plus grande importance à la perspective des concepteurs des interventions qu’à celles des utilisateurs et des personnes responsables de l’implantation des interventions (Huddleston, 2012; Lennox & Miltenberger, 1990).

En 2008, Carter a proposé le « Distributive Model of Treatment Acceptability » qui stipule trois catégories de facteurs qui influencent l’acceptabilité d’une intervention : 1) « societal acceptability » qui réfère aux aspects légaux et aux procédures gouvernementales; 2) « consultant acceptability » qui réfère à l’influence de la formation et des expériences passées du thérapeute, sur sa perception de l’acceptabilité; et 3) « consumer acceptability » qui réfère aux jugements des utilisateurs des services (Carter, 2008). Bien que ce modèle considère à la fois les facteurs sociétaux et ceux en lien avec les thérapeutes ou les utilisateurs des services dans l’évaluation de l’acceptabilité d’une intervention, ce modèle propose des variables d’opérationnalisation du concept qui seraient plus appropriées avec un devis quantitatif (gravité du problème, genre, niveau de connaissance sur le traitement, statut socio-économique, localisation de l’école secondaire, élever un enfant avec une maladie physique, détresse conjugale). De plus, ces variables sont spécifiquement destinées pour l’évaluation des interventions du domaine de l’éducation des jeunes.

Dans la section précédente portant sur les différentes définitions de l’étude de l’acceptabilité d’une intervention, il a été mentionné que Sekhon *et al.* (2017) ont proposé une nouvelle définition conceptuelle de l’acceptabilité dans le contexte d’une synthèse des synthèses de la littérature, où les auteurs ont mis en lumière la disparité des définitions

disponibles et l’ambiguïté du concept de l’acceptabilité (Sekhon *et al.*, 2017). Ils ont aussi relevé que la littérature n’offrait pas une définition ou un cadre conceptuel permettant d’opérationnaliser ce concept (Sekhon *et al.*, 2017), ce qui a mené les auteurs à proposer un cadre conceptuel qui permet de mesurer l’acceptabilité d’une intervention dans le domaine de la santé.

À la suite de la revue des synthèses de la littérature portant sur la théorisation du concept de l’acceptabilité, Sekhon *et al.* (2017) ont créé le “Theoretical framework of acceptability” qui propose sept composantes : les attitudes affectives, le sentiment de surcharge, l’éthique, la cohérence de l’intervention, les coûts impliqués, l’efficacité perçue, et le sentiment d’auto-efficacité (Sekhon *et al.*, 2017). Les attitudes affectives réfèrent aux ressentis des patients à l’égard de l’intervention. Le sentiment de surcharge est la perception de la quantité d’efforts qui ont dû être déployés pour participer à l’intervention. La composante éthique consiste à savoir dans quelle mesure l’intervention est en harmonie avec le système de valeurs du patient tandis que la cohérence de l’intervention cherche à savoir dans quelle mesure le patient croit que l’intervention est le traitement approprié pour traiter son trouble. La composante concernant les coûts impliqués cherche à savoir dans quelle mesure les patients doivent renoncer à des bénéfices, des profits ou à ses valeurs personnelles afin de participer à l’intervention. L’efficacité perçue est la composante qui consiste à savoir dans quelle mesure l’intervention est perçue comme efficace pour atteindre ses objectifs et finalement, le sentiment d’auto-efficacité est le degré de confiance perçue par le patient envers sa capacité à adopter les comportements nécessaires pour participer à l’intervention. Les mêmes composantes s’appliquent et s’opérationnalisent sensiblement de la même façon pour l’évaluation de l’acceptabilité d’une intervention, que ce soit selon la perspective des patients ou des thérapeutes. Le modèle théorique de Sekhon *et al.* (2017) avance que l’acceptabilité peut et devrait être mesurée de façon prospective, rétrospective ou durant le traitement.

Pour cette étude, nous avons choisi de nous appuyer sur le cadre conceptuel de Sekhon *et al.* (2017) pour guider la conception de l’étude et répondre aux objectifs de recherche. Trois principales raisons expliquent notre choix : 1) ce cadre est issu d’une synthèse des

synthèses de la littérature; 2) contrairement à la plupart des autres cadres (p.ex. : Staniszevska *et al.* (2010), Reimers *et al.* (1987); Witt et Elliott (1985)), celui de Sekhon *et al.* (2017) définit de façon précise les composantes de l'acceptabilité, ce qui nous a permis d'opérationnaliser nos objectifs de recherche; et 3) certains cadres conceptuels sont très « macro » (par ex. : Carter (2008); Lennox et Miltenberger (1990)), c'est-à-dire qu'ils englobent les facteurs entourant la société, les cliniciens et les utilisateurs des services qui influencent l'acceptabilité d'une intervention. Or, compte tenu du contexte de cette étude qui vise à étudier l'acceptabilité de la TCC-T sous un angle particulier, c'est-à-dire selon la perspective des patients, le cadre conceptuel de Sekhon *et al.* (2017) permet d'arriver à cette fin.

CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE

Bien que cette étude soit imbriquée à l'intérieur d'un ECR, elle possède une méthodologie bien distincte de l'étude principale. L'étudiante auteure de ce mémoire a apporté sa contribution particulière en effectuant elle-même ses choix méthodologiques, en élaborant le guide d'entrevue, en assumant l'entièreté de la collecte des données, et en réalisant le codage des verbatim et l'analyse des données.

Par souci d'éviter la redondance et alléger la lecture du mémoire, ce chapitre présentera seulement les informations complémentaires à celles présentées à la section de la méthodologie de l'article scientifique qui sera présenté au sixième chapitre.

5.1 Dispositif de recherche

Suivant le paradigme interprétatif, qui postule l'existence de plusieurs réalités sociales construites à partir de la perception des individus qui varient selon le temps et le contexte (Fortin & Gagnon, 2015; Gall *et al.*, 2007; McEwen & Wills, 2017), le dispositif qualitatif descriptif (Sandelowski, 2000) est utilisé pour répondre à l'objectif de cette étude. Puisque l'acceptabilité par les patients de la TCC-T a été très peu étudiée jusqu'à présent, l'utilisation du devis qualitatif est un choix judicieux puisqu'il permet d'explorer ce phénomène par un mode de collecte de données souple qui permet de s'adapter à chaque participant et d'obtenir des données riches et nuancées afin de comprendre leur perspective sous plusieurs angles (Gallagher, 2014).

5.2 Participants

L'étude actuelle est tributaire des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude principale, mais ajoute un critère d'inclusion; celui d'avoir participé à au moins trois séances de la TCC-T de groupe de l'ECR. Le seuil de trois séances a été établi afin de s'assurer que les

patients interviewés aient participé à un minimum de séances pour pouvoir dégager des constats face à la thérapie.

5.3 Recrutement

Les participants ont été recrutés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à redondance des réponses des participants et que les dernières entrevues ne contribuent plus à enrichir la compréhension de l'acceptabilité de l'intervention et des thèmes identifiés (Guest *et al.*, 2006).

5.4 Collecte des données et outils

Les participants du groupe expérimental qui ont consenti à participer à ce volet ont été rencontrés en entrevue individuelle pour plusieurs raisons. Tenir des groupes focalisés aurait pu être une méthode intéressante de collecte des données pour répondre aux objectifs de recherche de cette étude, mais nous avons choisi de réaliser des entrevues individuelles auprès des participants pour quelques raisons. Comme l'expérience de la thérapie est personnelle et qu'elle peut susciter des sujets sensibles et des avis trop divergents entre les participants, certains participants peuvent retenir de livrer leurs pensées et leur expérience réelle. Cela est particulièrement susceptible d'arriver dans les groupes où la cohésion de groupe était faible lors des séances de thérapie. La tenue de groupe de discussion focalisée aurait pu favoriser le recueil du vécu des participants plus volubiles et plus extravertis. Ceci est un risque non négligeable dans le cas d'une population qui n'est pas à l'aise de s'exprimer devant un groupe de personnes, comme c'est le cas des patients ayant une anxiété sociale. De plus, comme les groupes de TCC-T offerts dans le cadre de l'ECR pragmatique se donnaient dans trois régions, il aurait été ardu de former des groupes avec des participants qui ont tous des horaires chargés et différents en plus d'habiter dans des régions éloignées des unes des autres.

Les participants ont été rencontrés quatre mois et demi après la fin des séances de TCC-T. Sekhon *et al.* (2017) soutiennent que l'évaluation de l'acceptabilité d'une intervention est

un processus dynamique qui risque de changer selon le moment mesuré, donc pour avoir un portrait plus riche, il est souhaitable de mesurer avant, pendant et après l'intervention. Ce choix de réaliser de le réaliser quatre mois et demi post-intervention est motivé par plusieurs raisons. Premièrement, par souci de ne pas surcharger les participants, nous avons choisi de faire l'entrevue seulement à un temps de mesure. Devant faire un choix entre les trois temps de mesure possible, nous avons jugé que les patients seront en mesure d'avoir un point de vue plus approfondi et plus nuancé après avoir fait l'expérience de l'intervention. Deuxièmement, puisque les participants interviewés faisaient partie de l'étude principale, il était important de ne pas les rencontrer en entrevue avant qu'ils aient terminé la thérapie et répondu au questionnaire post-intervention afin de ne pas contaminer les données de l'ECR. Dernièrement, encore par souci de ne pas surcharger les participants en les sollicitant à maintes reprises, nous avons choisi de jumeler la séance d'entrevue avec un temps de mesure de l'ECR.

Outre le désavantage de ne pas connaître l'évolution de la perception de l'acceptabilité de l'intervention dans le temps, notre choix méthodologique du temps de mesure comporte deux autres désavantages : 1) il peut engendrer un biais de mémoire puisque les participants ne sont pas rencontrés immédiatement après la fin de la thérapie; et 2) il se peut que la perspective des patients de leur expérience de la thérapie soit différente immédiatement après la fin de la thérapie par comparaison à quatre mois et demi post-intervention.

5.5 Considérations éthiques

L'invitation des candidats à participer à ce volet qualitatif a été réalisée par la coordonnatrice du projet principale. Une fois le consentement obtenu, elle a transmis les informations de contact à l'étudiante auteure de ce mémoire afin que celle-ci communique avec les participants pour poursuivre la suite du processus menant aux entrevues. Un consentement a été obtenu avant le début de chaque entrevue. Les participants ayant été rencontrés en personne ont signé un formulaire de consentement écrit (voir annexe 2) tandis qu'un consentement verbal a été obtenu avec les participants qui ont choisi de réaliser l'entrevue via la plateforme web Zoom ou par téléphone. Le consentement verbal a été

réalisé par la lecture d'un script approuvé par le comité d'éthique responsable du projet (voir annexe 2). Un protocole décrivant les actions à prendre dans l'éventualité qu'un participant vit une détresse lors de l'entrevue n'a pas été prévu à l'avance, mais l'étudiante-auteure possède plusieurs expériences en collecte des données auprès des personnes ayant un trouble mental. Elle connaît les actions à prendre lorsqu'un participant exprime des propos qui laissent croire qu'il peut porter atteinte à sa vie ou celle d'un autre (par ex. briser la confidentialité et renseigner quelqu'un capable d'agir pour venir en aide pour aider le participant). S'il advenait qu'un participant vit de la détresse durant ou à la fin de l'entrevue, elle aurait communiqué avec sa directrice Pre. Pasquale Roberge qui est psychologue.

CHAPITRE 6 : ARTICLE

6.1. Avant-propos de l'article

Patient Acceptability of Group Transdiagnostic Cognitive-Behavior Therapy for the Treatment of Anxiety Disorders in Primary Care Settings: A Qualitative Study.

Auteurs : Ai-Thuy Huynh; Isabelle Gaboury; Martin D. Provencher; Peter J. Norton,; Pasquale Roberge.

Statut : soumis à la revue *Journal of Affective Disorders*

Avant-propos :

Cet article a été rédigé dans le cadre d'un projet de maîtrise. Il inclut la méthodologie et les résultats répondant aux objectifs du projet de recherche décrit au troisième chapitre de ce mémoire. Dans cet article, l'acceptabilité de la TCC-T pour le traitement des troubles anxieux en soins en première a été explorée. L'article a été rédigé par Ai-Thuy Huynh et il a été supervisé et révisé par les directrices de recherche, Pre Pasquale Roberge et Pre Isabelle Gaboury. Les coauteurs de l'article, Pr Martin D. Provencher et Pr Peter J. Norton, ont également lu et commenté de façon critique l'article afin de le bonifier. L'idée originale de l'ECR provient de Pre Roberge et Pr Provencher. La conception du protocole TCC-T a été réalisée par Pr Norton. La rédaction du protocole de recherche de ce volet qualitatif, la collecte des données, le codage des verbatim, l'analyse des résultats ont été réalisés par Ai-Thuy Huynh, mais ces activités ont été étroitement supervisées par Pres Roberge et Gaboury.

6.2. Résumé de l'article

Contexte : Pour les patients qui présentent des troubles anxieux, la première ligne est le principal point d'entrée pour obtenir des soins. Cependant, la majorité de ces patients n'ont pas accès à un traitement psychothérapeutique fondé sur des données probantes dans les cliniques non spécialisées en santé mentale. La TCC-T de groupe peut être une solution pour améliorer l'accès à la TCC en première ligne. Cependant, l'acceptabilité de TCC-T n'a pas été étudiée de façon approfondie. *Objectif* : Documenter l'acceptabilité par les patients de la TCC-T de groupe offerte en première ligne. *Méthodes* : Une étude qualitative descriptive imbriquée dans un essai clinique pragmatique portant sur la TCC-T a été menée. L'échantillon était composé de patients qui présentent des troubles anxieux provenant du groupe expérimental (c-à-d. TCC-T) de l'étude principale. Une stratégie d'échantillonnage à variation maximale basée sur le sexe, le diagnostic principal et l'adhésion à la thérapie a été utilisée. Des entrevues individuelles semi-structurées s'appuyant sur une méta-définition du concept d'acceptabilité ont été menées. L'analyse thématique a été employée pour analyser les données. *Résultats* : Dix-sept patients ont été rencontrés en entrevue. En général, les patients semblent percevoir la TCC-T offerte en contexte de première ligne comme ayant une bonne acceptabilité. Les facteurs contribuant à l'acceptabilité par les patients rencontrés ont été classés en huit thèmes : 1) la thérapie transdiagnostique; 2) les stratégies d'intervention; 3) le format de groupe; 4) la cohésion de groupe; 5) des co-thérapeutes avec des expertises différentes; 6) la qualité de l'alliance thérapeutique; 7) l'efficacité perçue de la TCC-T; et 8) l'accessibilité à la thérapie. *Limites* : Les variations de la perspective des patients non-adhérents à la TCC-T n'ont peut-être pas été entièrement saisies, puisque seulement deux patients non-adhérents ont été recrutés. *Conclusion* : L'acceptabilité de la TCC-T donnée dans le contexte d'un essai pragmatique était généralement perçue par les patients comme étant adéquate. Les principales recommandations pour améliorer l'acceptabilité portent sur la cohésion du groupe et aux séances d'exposition de groupe en contexte transdiagnostique.

6.3. Article

Journal of Affective Disorders

Title: Patient Acceptability of Group Transdiagnostic Cognitive-Behavior Therapy for the Treatment of Anxiety Disorders in Primary Care Settings: A Qualitative Study.

Authors: Huynh, A-T.; Gaboury, I., Provencher, M. D.; Norton, P. J.; Roberge, P.

- 1) Huynh, Ai-Thuy, BSc, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Centre de recherche Charles-Le Moyne Saguenay sur les innovations en santé, Longueuil, Quebec, Canada.
- 2) Gaboury, Isabelle, PhD, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Centre de recherche du CHUS, Centre de recherche Charles-Le Moyne Saguenay sur les innovations en santé, Longueuil, Quebec, Canada.
- 3) Provencher, Martin D., PhD, École de psychologie, Université Laval, Quebec, Quebec, Canada.
- 4) Norton, Peter J., PhD, Department of Psychology, Monash University, Clayton, Australia
- 5) Roberge, Pasquale, PhD, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Canada, Centre de recherche du CHUS, Sherbrooke, Quebec, Canada.

Correspondence author:

Roberge, Pasquale, PhD

PRIMUS research group

Research Centre of the Centre Hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CRCHUS)

Department of Family Medicine and Emergency Medicine

Université de Sherbrooke

Abstract:

Background: Primary care is a predominant point of entry for obtaining care for those suffering from anxiety disorders. Patients often do not have access to evidence-based psychotherapy in non-mental health specialized clinics. Group transdiagnostic cognitive behavior therapy (tCBT) could improve access to CBT. Acceptability of tCBT has not yet been studied extensively. *Objective:* To document patient acceptability of group tCBT. *Methods:* An embedded qualitative study was conducted as part of a pragmatic clinical trial of tCBT. The sample was composed of participants with anxiety disorders from the experimental group (i.e. tCBT). A maximum-variation purposive sampling strategy method based on sex, principal diagnosis, and treatment adherence was used. Semi-structured interviews were conducted based on a meta-definition of the concept of acceptability. Thematic analysis was used to analyze data. *Results:* Seventeen patients were interviewed. tCBT in primary care seems to have a good acceptability from a patient's perspective. Patients' perception of acceptability of tCBT was classified into eight themes: 1) transdiagnostic therapy; 2) intervention strategies; 3) group format; 4) group cohesiveness; 5) co-therapists with different expertise; 6) quality of therapeutic alliance; 7) perceived effectiveness; and 8) access to the therapy. *Limitations:* Variation in acceptability of non-adherent patients may not have been fully captured, as only two non-adherent patients were recruited. *Conclusion:* The acceptability of the tCBT intervention for patients was generally perceived as adequate in the context of a pragmatic trial. The main recommendations to enhance acceptability are related to group cohesion and transdiagnostic group exposure sessions.

Keywords: Patient acceptability, anxiety disorders, transdiagnostic cognitive behavioral therapy, group therapy, primary care, qualitative study.

Introduction

Most individuals with anxiety disorders are managed by primary care professionals and treated with medication (Roberge et al., 2011; Stein et al., 2011; Stein et al., 2004). This is largely due to a problem of access to psychotherapy (Roberge et al., 2011; Roberge et al., 2014). Yet psychotherapy, particularly cognitive behavior therapy (CBT), is reportedly as effective as pharmacotherapy and associated with better long-term maintenance of progress (Deacon and Abramowitz, 2005; Katzman et al., 2014).

Transdiagnostic cognitive behavior therapy (tCBT) is a promising treatment for anxiety disorders that reduces both anxiety levels and other comorbid affective disorders that patients may have (Norton, 2012a, c; Norton et al., 2013). Unlike conventional CBT, which focuses on the particularities of each anxiety disorder and thus requires a different intervention protocol for each disorder, tCBT works from the premise that the cognitive and behavioral processes common to different anxiety disorders are of greater clinical importance than the differences in their causes and maintenance factors (Norton and Roberge, 2017). tCBT uses a single protocol involving intervention techniques (such as cognitive restructuring and exposure exercises) common across the anxiety disorder spectrum (Norton and Roberge, 2017).

Various transdiagnostic protocols exist. The protocol developed by Norton has received the most empirical support for the group treatment of anxiety disorders (Norton, 2012b; Norton et al., 2013; Norton and Hope, 2005). With its distinctive feature of bringing together patients with differing anxiety disorder diagnoses and its group format, Norton's tCBT approach (Norton, 2012a) could contribute to improving access to evidence-based psychotherapy (Norton and Roberge, 2017) in the context of limited CBT resources and expertise in primary care. However, to ensure its judicious adaptation to real primary care settings and patients' needs, it is important to demonstrate its effectiveness in these settings and to assess its acceptability.

Acceptability studies ascertain the degree to which an intervention is appropriate, practical, and effective, as well as its risks and perceived disagreeable effects (Kazdin, 1980). Studies on CBT acceptability have shown good acceptability by patients (Deacon and Abramowitz, 2005; Naik et al., 2013). Indeed, many have found that CBT is the treatment preferred by patients over pharmacotherapy and even other types of psychotherapy (Deacon and Abramowitz, 2005; McHugh et al., 2013). Rates of refusal to begin CBT and dropout rates during therapy nonetheless remain high (between 20% and 35%) (Fernandez et al., 2015). Mixed results have been obtained regarding patient appreciation of exposure, an active and vital ingredient in the therapy's effectiveness. All studies concur that patients perceive this component as effective and necessary (Cox et al., 1994; Norton et al., 1983). However, some studies suggest that patients appreciate these exposure exercises (Becker et al., 2007; Norton et al., 1983), while others show patients who are refractory to trying them (Cox et al., 1994; Maltby and Tolin, 2005).

To our knowledge, no study has examined the acceptability of Norton's tCBT from the patients' perspective. Our study therefore sought, through a complementary research component embedded within a pragmatic, randomized controlled trial (RCT), to document the acceptability of tCBT implemented in a primary care setting, from the perspective of patients with anxiety disorders.

Methodology

Pragmatic RCT

This qualitative study was embedded in a multicentre pragmatic randomized controlled trial (see published protocol; Roberge et al. (2018)) to examine the effectiveness of Norton's group tCBT (Norton, 2012a) in the primary care setting for mixed anxiety disorders: generalized anxiety disorder (GAD), social anxiety disorder (SAD), panic disorder (PD) and agoraphobia (AGO). The multicentre RCT was conducted in three health and social service administrative regions in the province of Québec, Canada. The RCT intervention was carried out with groups of 8 to 10 patients in weekly two-hour sessions over 12 weeks. The therapy groups were facilitated by two accredited

psychologist or psychotherapist, the first with at least two years of clinical experience in CBT and the second a clinician from the public sector (the amount of CBT experience varied from one clinician to another).

Research design

In accordance with the interpretive paradigm (Gall et al., 2007; McEwen and Wills, 2017), a descriptive qualitative design (Sandelowski, 2000) was used to attain the study objective.

Participants

Our embedded study applied the same inclusion and exclusion criteria as the main study, but with one added inclusion criterion, that of having participated in at least three of the tCBT group sessions in the RCT. The RCT included French-speaking adults whose primary diagnosis was one of the four targeted anxiety disorders. It excluded individuals who had had active suicidal ideation, psychosis, bipolar disorder, or an active substance abuse disorder in the past 12 months, as well as those with significant cognitive disorders or who had consulted a psychiatrist in the past year.

Sampling strategy

Participants for the embedded study were recruited using a maximum-variation purposive sampling strategy based on three variables: sex, primary diagnosis, and RCT treatment adherence. Participants were considered adherent if they had completed from 9 to 12 tCBT sessions, moderately adherent if they had completed from 6 to 8 sessions, and non-adherent if they had completed only 3 to 5 sessions. Participants were recruited until data saturation had been reached, i.e., until there was redundancy in their responses and until the last interviews no longer enhanced understanding of the intervention's acceptability and of the themes identified (Guest et al., 2006).

Ethics approval

The research protocol was approved by the principal ethics review board (Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, #MP-22-2016-570) and the other institutions (Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Québec, #2017-166; Comité scientifique et d'éthique de la recherche – CISSS de Laval, #2016-2017 / C54).

Data collection & instrument

Participants were recruited from among the experimental group participants of the main study. The research coordinator invited them, by telephone, to participate in the embedded study. Those who agreed to participate were met at four months post-intervention for one-on-one interviews averaging 45 to 60 minutes in length. Recruitment was carried out at the three sites of the RCT, from August to November 2017.

A semi-structured interview guide was created to document the patients' experiences with all their nuances and subtleties (Rubin and Rubin, 2012). The design of the guide was based on the conceptual framework developed by Sekhon et al. (2017) to assess the acceptability of healthcare interventions. The seven dimensions in this theoretical framework, which were derived from a synthesis of literature reviews, served as the basis for developing our questions. Questions concerning themes related more specifically to tCBT therapy, such as the transdiagnostic aspect and the group format, were added to the interview guide. Table 1 summarizes the themes covered in the guide and provides sample questions. The guide was pre-tested with a participant and the data obtained were integrated into the analyses. Minor changes were made to the guide over the course of the interviews.

Table 1: Themes of the interview framework

THEMES	SAMPLE QUESTIONS
tCBT components	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Could you talk about your experience of the sessions where the therapists provided information about the nature of anxiety?</i> ▪ <i>And what did you think of the exposure sessions, i.e. where you had to deal with situations or physical sensations that cause you anxiety?</i> ▪ <i>What did you think of the sessions on cognitive restructuring?</i>
Group format	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>What was your experience of speaking in front of a group?</i> ▪ <i>What did you think of the number of participants in your group?</i> ▪ <i>How did you find group cohesion in general?</i>
tCBT transdiagnostic aspect	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>What do you think about the fact that you were in the same group with people that experienced different types of anxiety?</i>
Therapists	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>What was your experience of having two therapists leading the group?</i> ▪ <i>Were you able to create a connection with the therapists?</i> ▪ <i>What are the reasons that have prevented (or helped) you from connecting with therapists?</i>
The didactic material provided	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>What was your appreciation of the participant manual?</i> ▪ <i>In terms of support for therapy?</i> ▪ <i>In terms of ease of use?</i>
Homework and exercises	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>The group therapy you have recently attended are very much based on self-observation exercises and homework. Can you tell me what you thought about these exercises and homework?</i>
The feeling of overload	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Can you tell me about the extra effort you had to make to participate in the therapy?</i> ▪ <i>Did homework and exercises require a lot of time?</i>
Ethical aspect	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>How did you find the therapy in relation to your personal values?</i> ▪ <i>Was the intervention in harmony or against your personal values?</i>
The coherence of the intervention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>What did you think of the relevance of this therapy for the treatment of your</i>

	<i>anxiety?</i>
Perceived effectiveness	▪ <i>What did you think of the effectiveness of this therapy in reducing your anxiety?</i>
Costs involved	▪ <i>Can you tell us about the personal costs involved so that you could attend this therapy?</i>
The feeling of self-efficacy	▪ <i>Since therapy can be challenging in terms of relationships with others, personal disclosure, efforts, etc., during this therapy, did you feel confident that you had all the necessary skills to participate in it?</i>
Patients' experiences with therapy in general	▪ <i>Would you recommend this therapy to a friend who has an anxiety problem?</i>

The interviews were conducted either in person, by telephone, or via an Internet platform by the principal author (ATH), who was not involved in any phase of the RCT. The interviews were audiotaped and transcribed by a professional to facilitate analysis. The audiotapes of the first interviews were listened to and feedback was provided by two co-authors (PR and IG) to ensure the rigor of the interviews.

Data analysis

The interview corpus was analyzed according to the interactive thematic analysis model of Miles, Huberman and Saldana (2014). Analysis was thus performed according to three activity streams: (1) data condensation, (2) data display, and (3) conclusion drawing and verification. During data condensation, the transcripts were coded using a mixed method. The initial coding tree was developed using the Sekhon et al. (2017) conceptual framework and the interview guide, with new codes emerging during the transcript coding process. The interview corpus was coded and analyzed by the principal author and three interviews were co-coded (PR and IG). Regular team meetings were also held to ensure the dependability of the analyses. Matrices cross-referencing the themes among themselves or the themes with the participants' characteristics were generated to verify certain emerging hypotheses and enrich the analyses.

Scientific rigor

A flexible iterative approach was used between data collection and the analyses to ensure the scientific rigor of the study, allow for adjustments and refinements to the interview guide, and ultimately attain the research objective. The use of this iterative approach ensured the credibility of the results (Laperrière, 1997). Triangulation of the analytical methods (reading of the interviews by several co-authors, co-coding, and debriefing between peers) also ensured the confirmability, credibility and dependability of the results (Morse, 2015). Lastly, the detailed description of the patients' contexts, perspectives and profiles, the keeping of a journal by the first author, and the many meetings between the authors to discuss the coding and the results analyses also supported the credibility, dependability, and transferability of the results (Morse, 2015).

Results

Seventeen patients from the experimental group of the RCT underwent individual interviews. They came from five different groups spread among the three sites. The participants' mean age was 33 (± 12) years. The sample comprised mostly women (76%) and participants who had either completed post-secondary studies (47%) or had a university degree (35%). Nine participants had a primary diagnosis of GAD (53%); seven, a primary diagnosis of SAD (41%); and one, that of AGO and PD (6%). Regarding level of RCT therapy adherence, ten participants were adherent (58%), five moderately adherent (30%), and two non-adherent (12%). Table 2 summarizes the participants' sociodemographic characteristics.

Table 2: Socio-demographic characteristics of participants

Participant number:	Group number:	Age:	Gender:	Principal diagnosis of anxiety disorder:	Secondary diagnosis:	Level of severity of anxiety:	Number of tCBT completed sessions:
1	Gr.1	25	M	SAD ²	GAD	Severe	11
2	Gr. 2	36	F	GAD ³	SAD	Mild	11
3	Gr. 2	36	F	PD ⁴	GAD & SAD	Mild	11
4	Gr. 2	40	F	SAD & GAD	none	Severe	9
5	Gr. 2	58	M	SAD	GAD	Mild	11
6	Gr. 2	47	M	GAD	SAD	Mild	9
7	Gr. 3	41	F	GAD	AGO ⁵	Mild	11
8	Gr. 4	18	F	GAD	PD & AGO & SAD & OCD ⁶ & PTSD ⁷ & depression	Severe	8
9	Gr. 4	63	M	GAD	SAD	Mild	10
10	Gr. 3	33	F	GAD	none	Mild	3
11	Gr. 3	45	F	SAD	GAD	Severe	3
12	Gr. 3	23	F	GAD	PSTD	Mild	6
13	Gr. 3	23	F	SAD	PD	Moderate	8
14	Gr. 5	30	F	AGO & PD	GAD & SAD	Moderate	12

² SAD : Social anxiety disorder³ GAD : Generalized anxiety disorder⁴ PD : Panic disorder⁵ AGO : Agoraphobia⁶ OCD : Obsessive-compulsive disorder⁷ PTSD : Post-traumatic stress disorder

In general, the interviewees reported being very satisfied with their group tCBT experience because they perceived a decrease in their anxiety symptoms post-therapy. The factors contributing to its acceptability among these patients were classified under eight themes (Table 3): (1) transdiagnostic therapy, (2) intervention strategies, (3) group format, (4) group cohesiveness, (5) co-therapists with differing expertise, (6) quality of the therapeutic alliance, (7) perceived effectiveness of the tCBT, and (8) access to the therapy.

Table 3: Patient perception of group tCBT acceptability

THEMES	PATIENT PERCEPTION
Transdiagnostic therapy	<ul style="list-style-type: none"> Transdiagnostic group composition was well accepted by most patients. Participation in the group with patients with different types of anxiety disorders was considered a positive experience for most patients.
tCBT components	<ul style="list-style-type: none"> Psychoeducational components of tCBT were valued by most patients. Cognitive restructuring components were the most appreciated and perceived as the most useful therapy components. Exposure component was the least appreciated therapy component but was considered as an essential component for the effectiveness of the therapy. Selection of behavioural goals for exposure has to be carefully planned to be realistic and attainable based on the anxiety levels in the hierarchy.
Group format	<ul style="list-style-type: none"> Several benefits (identification to others, peer support) from group format. Disclosure of personal information and lack of individual time with a therapist were the main perceived disadvantages.
Group cohesion	<ul style="list-style-type: none"> Perceived group cohesion seemed to influence patient acceptability and adherence to tCBT.
Co-therapists with differing expertise	<ul style="list-style-type: none"> Patients did not notice any difference in the level of skills and competencies of the two therapists although there was generally one therapist more expert in CBT than the other.
Quality of therapeutic alliance	<ul style="list-style-type: none"> Some participants reported that individual time with the therapist would have helped to develop a stronger therapeutic alliance.
Perceived effectiveness of the tCBT	<ul style="list-style-type: none"> Most patients considered that the tCBT approach was very effective for reducing anxiety symptoms.
Access to the therapy	<ul style="list-style-type: none"> Accessibility of therapy sessions (offered close from home, free of charge and quick availability), was highly appreciated and important to patients.

Theme 1: Transdiagnostic therapy

At the start of the therapy, upon learning from other participants about the different types of anxiety that they were facing, a few participants were afraid that they would derive limited benefit from therapy as their problem differed from those of other members of the group. However, once the therapy began, these fears dissipated for the vast majority. Some even found it enlightening to have people with different types of anxiety in the same group, as evidenced in this comment:

“It helps you understand [that there are] other things as well, [that] it’s not just your own fear, or your own anxiety.” (P6, male (M), 9 sessions)

Hearing about the experience of individuals living with other types of anxiety helped these participants relativize their problem and see that people with varying socioeconomic backgrounds, occupations, and education could also experience anxiety without it being evident.

In addition, the participants reported that, precisely because they did not all have the same types of anxiety, they felt no emotional burden regarding the other participants’ anxiety and thus were able to propose solutions or perspectives that had not occurred to these other participants. One participant reported that meeting people with other anxiety disorders had enabled her to accept her own disorder and stand up for herself when she felt she was being judged by others for her anxiety. Another participant mentioned that even when she did not identify closely with the experience recounted by another person with a different anxiety disorder, she still learned something and took away some useful tips given by others.

« There were people who had panic attacks, others who had [different symptoms]... it was at large [i.e. diversified]. However, we had the same fears, the same physical reactions,

the same emotional reactions. It was reassuring, [and it allowed us to create] a complicity with the other participants.” (P11, female (F), 3 sessions)

Theme 2: Intervention strategies

This section documents the patients’ perceptions regarding the acceptability of the four components of Norton’s tCBT protocol (Norton, 2012a): psychoeducation, graduated exposure exercises, anxiety-specific cognitive restructuring, and generalized cognitive restructuring of broader beliefs underlying anxiety. Homework was also a treatment component.

Psychoeducation component

The psychoeducation component helped the participants understand the nature and causes of anxiety. Many of them found the information provided by the therapists during the first two sessions very helpful. Even though a few participants reported already knowing this information, several others gleaned new information that improved their understanding of the causes and symptoms of anxiety. They found it reassuring to receive this information from a reliable source:

“[I’d already read about anxiety before], but just the fact of hearing it from professionals, that makes it a little more credible. Sometimes, the [information] sources you read are not always the best.” (P7, F, 11 sessions)

The participants reported that the therapists’ skill in presenting the information in layman’s terms and providing graphic examples helped all the patients truly grasp the learning content, regardless of their prior level of knowledge about anxiety and CBT. Also, the therapists’ explanations were given in such a way that no one was made to feel stigmatized.

Exposure component

The exposure component was designed to desensitize the patients through graduated exposure to anxiety-inducing situations. While the participants said this was the component they least appreciated, the majority saw it as nonetheless essential as the exposure exercises helped reduce their anxiety symptoms. Table 4 presents some of the factors the patients identified as helping them persevere and manage the discomfort they experienced during the exposure exercises. Though considered useful and helpful by most of the participants, this component also seemed to have been emotionally discomfoting for many, as the exercises generated high levels of anxiety.

Table 4: Facilitators for carrying out exposure exercises

In relation to therapy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The presence of other participants that encouraged and supported them but at the same time exerted a certain amount of pressure that prevented them from avoiding exposure exercises; ▪ The structure provided by the therapy sessions, as having to do exposure exercises on site during sessions fostered engagement and participation, rather than avoidance ▪ Not wanting to disappoint others; ▪ The little push from the therapists; ▪ The ability to restructure negative and catastrophic thoughts; ▪ To do the exercises in a progressive way; ▪ To realize that anxiety levels decrease with each exposure exercise.
External to therapy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Commitment to therapy; ▪ The motivation to no longer experience anxiety; ▪ Support and encouragement from the family.

While recognizing that doing exposure exercises in a group during the therapy offered some benefits, a few participants also reported the group format as causing some inconveniences. First, they explained that it was sometimes challenging for the therapists to find exposure exercises suitable for the time and place of the therapy. Also from the

participants' perspective, it seemed difficult for the therapists to find exposure exercises appropriate for all the group members (who had different types of anxiety) that would yield the desired optimal effect, i.e., gradually desensitize the patients to the source of their anxiety. Many participants mentioned the importance of properly targeting the exposure exercises in order to obtain good outcomes. For example, the interviewees who had done imaginal exposure or role-playing exercises reported not finding these exercises helpful in terms of desensitizing them to the anxiety-inducing situation because they did not generate a high enough level of anxiety:

« I understand that we are limited in situations like this, but I found it a little difficult to play a role. [I was] not in the real awkward situation. It's difficult for me to pretend and have the same symptomatology as if I were in the real situation » (P5, M, 58 y.o., 11 sessions)

By contrast, two interviewees reported finding the exposure exercise experience too anxiety-inducing; in fact, it caused them to suffer an intense panic attack and was very upsetting to them. One participant actually gave this as the reason for his decision to drop out of the therapy.

Cognitive restructuring components

The two restructuring components consisted of identifying and confronting automatic negative and often-catastrophic thoughts. Many of the interviewed participants reported these two components as being the ones they most appreciated and found most useful, because they provided tools and concrete strategies for identifying and confronting automatic thoughts.

A few participants felt that it would have been beneficial to have had a few additional sessions devoted to this component, and reported having been unable to work on and explore their thoughts sufficiently due to a lack of time.

« Well, one of the things I found was that, the therapy put a lot of emphasis on exposure and

less on restructuring thoughts. Personally, I would have needed more sessions on restructuring my thoughts» (P15, F, 12 sessions)

Homework

The tCBT intervention strategies involved doing self-monitoring, cognitive restructuring and exposure exercises both during and between the therapy sessions. Despite their awareness of the considerable time and energy demanded by the tCBT exercises, the participants found the workload reasonable.

Theme 3: Group format

Benefits of the group format

The interviewed patients reported several benefits derived from the group format, such as the fact of identifying with others, breaking their isolation, and receiving peer support. Despite their different types of anxiety, some participants reported having identified with and recognized themselves in the experiences of others, and that they thus no longer felt so alone in experiencing anxiety in certain situations. A few patients also mentioned that hearing the other members of the group talk about their experiences helped to break their isolation and to “normalize” and destigmatize anxiety by making them aware that even people who do not appear anxious may have an anxiety disorder:

“It’s [reassuring] to see that we’re not alone with certain behaviors that we sometimes find ridiculous, but that we just can’t handle otherwise. [...] The impression of not being an alien.” (P11, F, 3 sessions)

For many participants, peer support was a motivating factor for doing the exposure exercises.

Inconveniences of the group format

Apart from the benefits, some of the interviewees reported that the group format made it harder for them to reveal themselves. They felt somewhat uncomfortable about “baring their souls” in front of strangers by disclosing personal information, showing themselves to be vulnerable, and possibly risking being hurt by the comments of certain participants whom they felt could not understand them:

“I think that group therapy is good, because we hear others [talk], and then we can relate this to ourselves, but I didn’t say everything in detail that I would’ve said if I’d been alone with the therapists.” (P16, F, 6 sessions)

Revealing highly personal information in front of the group was particularly difficult for the patients with a social anxiety disorder because it was extremely anxiety-inducing. However, those who were willing to experience some discomfort reported having found this therapy particularly helpful since the group format meant continual exposure to anxiety-inducing situations. Many also mentioned having wished for some one-on-one time with one of the therapists to confide personal information that they felt uncomfortable about sharing with the entire group.

Lastly, several participants stated that the group format created some irritants, such as unequal speaking time for all the participants, having to listen to redundant experiences, or feeling moments of boredom. They sometimes had to wait for others to finish their exposure exercises or listen again to information repeated for late arrivals or participants who had missed the last sessions:

“Sometimes people were absent or dropped out, so for sure that bothered me a bit because it meant we had to take a little time to fill someone in who’d missed the previous week.” (P1, M, 11 sessions)

Theme 4: Group cohesiveness

Composition of the group

The five therapy groups participating in this study had different perceived levels of cohesiveness. In the three groups where the participants qualified the cohesiveness as very good, the participants appeared to form strong bonds. These participants stated that they supported each other, helped each other out, and were understanding of and respectful toward each other's experiences. They reported greatly appreciating the group format and saw it as having mostly benefits.

The interviewees in the other two groups perceived the cohesiveness as acceptable or poor. A few participants in these groups regarded some of their peers' comments as judgmental of their feelings and experiences:

"I didn't appreciate what I experienced during [the therapy] very much because several participants [...] made inappropriate comments about situations that people were experiencing." (P13, F, 8 sessions)

The fact of perceiving this behavior seemed to have had a major impact on three of the participants in this particular group, where good chemistry appeared lacking. In fact, one of the three said he had dropped out of the therapy mainly because of the attitudes and behaviors of certain other participants in the group.

Moreover, certain interviewees were bothered by the fact that in another group, two participants already knew each other before the therapy because this special pre-established connection influenced how they integrated into the group.

Size of the group

The size of the group was mentioned as a relatively important factor in the acceptability of the group format and in the group cohesiveness. The interviewees mentioned greater appreciation for the sessions with fewer participants because they felt more comfortable

about revealing themselves under these conditions, not to mention the fact that they had more time to speak. This appeared particularly important for the participants with a social anxiety disorder.

Theme 5: Co-therapists with differing expertise

One of the particular features of tCBT used in this pragmatic trial is the co-facilitation of the therapy groups by a CBT therapist expert and another therapist from the public sector. Yet, despite the fact that in our study one therapist on the co-therapist teams generally had more expertise in CBT than the other, the interviewees did not perceive any differences in the two therapists' skill and competency levels. Nearly all the participants greatly appreciated the co-therapist teams, perceiving the therapists as having complementary personalities, skills, and competencies:

"[One therapist had] a way of explaining things that we found harder to understand. But then, the other person would come along with a different way of explaining it or with a different example. And sometimes, it was the opposite." (P6, M, 9 sessions)

Theme 6: Quality of the therapeutic alliance

Approximately half of the interviewees reported having developed a good therapeutic relationship with at least one of the therapists. Table 5 shows the factors that the participants identified as having fostered the therapeutic alliance.

Table 5: Factors perceived as promoting therapeutic alliance

Attitudes/skills of therapists	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empathy, kindness and non-judgment ▪ Good listening skills
Therapists' accessibility	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Availability after sessions to discuss one-on-one or answer questions from participants ▪ Demonstrate that therapists are not immune to anxiety
Other	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pre-therapy telephone contact

Five participants reported not having developed an optimal relationship with the therapists, mainly due to the lack of intimacy in the group format. In fact, several cited their desire for more one-on-one time with a therapist, since, in their view, this allows a “student/teacher” relationship to evolve into a therapeutic alliance:

“Personally, it’s through one-on-one contact, [because in a group] I find it harder to create a relationship, because I have the impression that to create a therapeutic relationship, I need the person to know me, me on my own, not me interacting in a group.” (P13, F, 8 sessions)

Certain participants mentioned having perceived a lack of empathy from their therapist, which they felt made it more difficult to establish a therapeutic alliance and thus lowered the therapy’s acceptability in their eyes.

Theme 7: Perceived effectiveness of the tCBT

While certain participants reported skepticism about the potential effectiveness of the tCBT before they began, the vast majority of those interviewed perceived it as being very effective in helping them manage and reduce their anxiety.

A few participants reported the therapy as having completely changed their lives in a positive way:

“For me, it was REALLY positive. I would say that it changed my everyday approach to life... nearly 100% my way of thinking [...], it allowed me to work, do activities and stop feeling anxious all the time.” (P1, M, 11 sessions)

Several participants mentioned that the therapy reassured them, as it helped them understand what was happening to themselves, take time to reflect, compare their perceptions of themselves and of their anxiety to what other participants in the group perceived, and lastly, regain control of their lives.

Theme 8: Access to the therapy

Many interviewed patients mentioned the facilitated access to the tCBT sessions offered in the clinical trial as the determining factor in their decision to start the therapy. They appreciated that the group therapies were offered free of charge in their community, were adapted to their schedules, and generally began from one to three months after they had requested help.

“I think if the therapy sessions were not free, I don't know if I would start it. But this therapy was much more accessible, since we don't have the waiting time of a year and a half like at the CLSC [i.e. local community service centre]. If it was the same fee as with the services of psychologists that costs \$90 per session, I would have thought twice before doing so. » (P13, F, 8 sessions)

Discussion

The data obtained from the participant interviews revealed that the tCBT was generally perceived as having good acceptability, and that for many of the interviewees, the heterogeneity of the anxiety disorder diagnoses did not appear to have interfered with the therapy's acceptability.

Many participants talked about their experience with the exposure exercises, which constituted the core of the tCBT with six of the 12 sessions devoted to this intervention strategy. Unlike CBT protocols for specific anxiety disorders, where a degree of homogeneity exists among the exposure exercises, in a transdiagnostic setting, therapists face the challenge of having to plan different types of exposure exercises for each patient according to each patient's fear hierarchy. Among the issues raised, the interviewees who experienced imaginal exposure exercises or role plays reported not benefiting from the desired effect, as the exercises demanded a high level of concentration in order to generate the same level of anxiety as in real situations and sometimes lacked realism. While several studies have demonstrated the effectiveness of these exposure techniques (Fracalanza et al., 2014; Goldman et al., 2007; Hoyer et al., 2009; Provencher et al., 2004), it may in fact be the group format which prevents a sufficient level of concentration from being attained, and the specific setting in which the intervention is carried out which explains why the participants perceive these exercises as being less conclusive. In light of these latter findings in this qualitative study and given the importance of the exposure component of the therapy, we recommend offering therapists advanced training on exposure management in a group-format transdiagnostic setting.

Previous studies have indicated that therapists, even those trained in CBT and exposure, are not always comfortable using exposure therapy and often do not deliver it optimally, i.e. with high intensity (Deacon et al., 2013a; Deacon et al., 2013b). Results from the pragmatic RCT also reveal that therapists in the study were not always "per protocol" in implementing exposure sessions. In their study, Farrel et al. (2013) found that therapist reluctance to use exposure or inclination to diminish its intensity might affect patient

outcomes. Therefore, enhancing therapists' training in regard to the exposure component would be beneficial for both patient acceptability and outcomes of tCBT.

The patients in our study reported the group format as offering several benefits that outweighed inconveniences. The benefits identified were the peer support that reduced the feelings of isolation associated with their disorders, the mutual help received, the peer pressure that encouraged them to confront the source of their anxiety, and the feeling of being able to identify with others. These findings corroborate those reported by other authors, who have observed that group CBT helps participants feel less alone and reduces stigma and feelings of guilt (White and Freeman, 2000; Whitfield, 2010). This in turn fosters group cohesiveness (White and Freeman, 2000; Whitfield, 2010). Among the acceptability studies of Barlow's unified protocol for emotional disorders (2017), one exploratory study of a group approach found that most of the patients regarded it as both enlightening and helpful to hear about the experiences of participants with other emotional disorders (Bullis et al., 2015; Ellard et al., 2017). Like the results obtained by Bullis (2015), a few of our participants mentioned that the heterogeneity of the diagnoses occasionally meant that they did not completely identify with the experiences of some of the other participants, but several reported that the variety of anxiety disorders within a given group did not seem to have affected their ability to identify with the experiences of others.

Conversely, some interviewees reported a few inconveniences with the group format, including their discomfort in revealing personal information to strangers and having seemingly judgmental comments made to them. The results obtained from the interviews suggest that group composition may influence group cohesiveness, which in turn may have an impact on therapy acceptability and adherence. In light of this finding, during large-scale implementation of tCBT in non-specialized mental health clinics, thought should be given to the optimal composition of the tCBT groups so as to avoid poor cohesiveness among the members wherever possible. We also recommend further strengthening the therapists' training in group dynamics to provide them with the optimal

tools for group management, which may also involve in some cases steering certain patients toward another form of therapy or treatment more appropriate for their needs.

The data analysis in our study also suggests an association between the quality of the therapeutic alliance and the patient-perceived acceptability of tCBT. However, the pragmatic setting in which the tCBT was deployed appeared to have sometimes made the establishment of a therapeutic relationship more challenging, possibly because some of the therapists with less experience in co-facilitating group therapies or due to larger groups than in trials conducted in specialized settings, which may have led to some difficulty establishing a strong personal connection with all the participants in their group. The therapists from the public sector selected for the study were not recruited based on specific training in tCBT and many had minimal experience in administering CBT. Furthermore, the training and supervision during the administration of the therapy was less intensive than for clinical trials conducted in specialized university clinics. Also, tCBT is usually conducted with groups of six to eight patients at most in clinical trials (Norton, 2012b; Norton and Barrera, 2012; Norton and Hope, 2005; Norton and Philipp, 2008), rather than eight to ten patients in the current pragmatic trial (Roberge et al., 2018). Our study suggests that it may be preferable to reduce group sizes, even if it is not as conducive to widespread dissemination of tCBT for anxiety disorders.

Another aspect often raised by the interviewees was that of access to the intervention in usual care settings. The fact that there was no cost associated with participation to the therapy was greatly appreciated, and in fact, constituted a major incentive for them to embark on and continue the therapy; they would not have agreed to participate had it cost the same as psychotherapy given by psychologists in private practice. They also mentioned appreciating that the therapy took place at a location near their home, which supports the importance of investing in community services. Implementing tCBT in primary care in order to facilitate access to psychotherapy for patients with anxiety would enable them to curb the negative repercussions that anxiety can have on their quality of life.

The use of a qualitative design to explore the phenomenon of the acceptability of tCBT by patients gave the participating patients a voice, which in turn provided us with a better understanding of their perspectives and enabled us to make recommendations for implementing an intervention that better meets their needs. While this study helps further knowledge in an as-yet underinvestigated area by providing enriching and nuanced results in a pragmatic context, it also has a few limitations. After coding the data from the seventeen interviews, saturation was reached with the adherent and moderately adherent patients, given that the last two interviews yielded limited information. However, even though maximum effort was made to recruit patients who were non-adherent to the RCT therapy, only two non-adherent participants agreed to be interviewed. This meant that the reasons for non-adherence could not be explored in depth. Moreover, while our data tended to show no association between the patients' sex or primary diagnosis and the acceptability of tCBT, the composition of our sample was not sufficiently balanced in terms of these variables to allow us to advance this hypothesis with any certainty.

Conclusion

The results of this study show that most of the interviewed patients perceived the tCBT as appropriate, practical, and effective in the context of a "real world" pragmatic treatment delivery outside of a specialized mental health clinic. While some issues were raised about the transdiagnostic group approach, they do not appear to have lessened the therapy's acceptability for many of the interviewees. This study could serve as a guide for implementing this type of intervention in community-based settings, as it highlights factors that increase or lower its acceptability. We therefore recommend that during large-scale implementation of tCBT in primary care settings, particular attention be paid to training therapists about exposure in a transdiagnostic setting and to group composition and dynamics. Future studies should explore the clinicians' perspective, seek a better understanding of the perspective of non-adherent patients, and attempt to verify our hypothesis concerning a possible impact of both group cohesiveness and the therapeutic alliance on the acceptability of the therapy.

Acknowledgements:

We are grateful to all the patients that take part in the study. We would like to acknowledge the contribution of the three study sites in Quebec City, Laval and Sherbrooke for the support to the conduct of the interviews. Finally, we would like to thank Ms. Annie Benoit for the essential support during the recruitment process, Ms. Denise Gamache for the transcription of the interviews and Ms. Leslie Macdonald for the translation of the manuscript.

Funding:

This work was supported by the Canadian Institutes of Health Research [CIHR grants #334091 and #340410].

References

- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Bullis, J.R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L.R., Boswell, J.F., 2017. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry* 74, 875-884.
- Becker, C.B., Darius, E., Schaumberg, K., 2007. An analog study of patient preferences for exposure versus alternative treatments for posttraumatic stress disorder. *Behav. Res. Ther.* 45, 2861-2873.
- Bullis, J.R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., Barlow, D.H., 2015. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behav. Modif.* 39, 295-321.
- Cox, B.J., Fergus, K.D., Swinson, R.P., 1994. Patient satisfaction with behavioral treatments for panic disorder with agoraphobia. *J. Anxiety Disord.* 8, 193-206.
- Deacon, B.J., Abramowitz, J.S., 2005. Patients' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Behav. Ther.* 36, 139-145.
- Deacon, B.J., Farrell, N.R., Kemp, J.J., Dixon, L.J., Sy, J.T., Zhang, A.R., McGrath, P.B., 2013a. Assessing therapist reservations about exposure therapy for anxiety disorders: The Therapist Beliefs about Exposure Scale. *J. Anxiety Disord.* 27, 772-780.
- Deacon, B.J., Lickel, J.J., Farrell, N.R., Kemp, J.J., Hipol, L.J., 2013b. Therapist perceptions and delivery of interoceptive exposure for panic disorder. *J. Anxiety Disord.* 27, 259-264.
- Farrell, N.R., Deacon, B.J., Kemp, J.J., Dixon, L.J., Sy, J.T., 2013. Do negative beliefs about exposure therapy cause its suboptimal delivery? An experimental investigation. *J. Anxiety Disord.* 27, 763-771.
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J.K., Ramtahal, N., 2015. Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *J. Consult. Clin. Psychol.* 83, 1108.
- Fracalanza, K., Koerner, N., Antony, M.M., 2014. Testing a procedural variant of written imaginal exposure for generalized anxiety disorder. *J. Anxiety Disord.* 28, 559-569.
- Gall, M.D., Gall, J.P., Borg, W.R., 2007. *Educational research: An introduction*, 8th ed. Allyn & Bacon, Boston, MA.
- Goldman, N., Dugas, M.J., Sexton, K.A., Gervais, N.J., 2007. The impact of written exposure on worry: A preliminary investigation. *Behav. Modif.* 31, 512-538.
- Guest, G., Bunce, A., Johnson, L., 2006. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods* 18, 59-82.
- Hoyer, J., Beesdo, K., Gloster, A.T., Runge, J., Höfler, M., Becker, E.S., 2009. Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychother. Psychosom.* 78, 106-115.

- Katzman, M.A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., 2014. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 14, 1.
- Kazdin, A.E., 1980. Acceptability of alternative treatments for deviant child behavior. *J. Appl. Behav. Anal.* 13, 259-273.
- Laperrière, A., 1997. Les critères de scientificité des méthodes qualitatives, In: Poupart, J., Groulx, L.H., Deslauriers, J.P., Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A.P. (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaetan Morin, Boucherville, pp. 365-389.
- Maltby, N., Tolin, D.F., 2005. A brief motivational intervention for treatment- refusing OCD patients. *Cogn. Behav. Ther.* 34, 176-184.
- McEwen, M., Wills, E.M., 2017. *Theoretical basis for nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- McHugh, R.K., Whitton, S.W., Peckham, A.D., Welge, J.A., Otto, M.W., 2013. Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *J. Clin. Psychiatry* 74, 595.
- Miles, M.B., Huberman, A.M., Saldana, J., 2014. *Qualitative data analysis. A methods sourcebook*. Sage Publications.
- Morse, J.M., 2015. Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qual. Health Res.* 25, 1212-1222.
- Naik, A., O'Brien, A.P., Gaskin, C.J., Munro, I., Bloomer, M.J., 2013. The acceptability and efficacy of a group cognitive behavioural therapy programme in a community mental health setting. *Community Ment. Health J.* 49, 368-372.
- Norton, G.R., Allen, G., Hilton, J., 1983. The social validity of treatments for agoraphobia. *Behav. Res. Ther.* 21, 393-399.
- Norton, P.J., 2012a. *Group cognitive-behavioral therapy of anxiety: A transdiagnostic treatment manual*. Guilford Press, New-York.
- Norton, P.J., 2012b. A randomized clinical trial of transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for anxiety disorder by comparison to relaxation training. *Behav. Ther.* 43, 506-517.
- Norton, P.J., 2012c. Transdiagnostic group CBT for anxiety disorder: Efficacy, acceptability, and beyond. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 17, 205-217.
- Norton, P.J., Barrera, T.L., 2012. Transdiagnostic versus diagnosis- specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depress. Anxiety* 29, 874-882.
- Norton, P.J., Barrera, T.L., Mathew, A.R., Chamberlain, L.D., Szafranski, D.D., Reddy, R., Smith, A.H., 2013. Effect of transdiagnostic CBT for anxiety disorders on comorbid diagnoses. *Depress. Anxiety* 30, 168-173.
- Norton, P.J., Hope, D.A., 2005. Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 36, 79-97.
- Norton, P.J., Philipp, L.M., 2008. Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychothe.: Theor. Res. Pract. Trng.* 45, 214-226.
- Norton, P.J., Roberge, P., 2017. Transdiagnostic therapy. *Psychiatr. Clin. North Am.* 40, 675-687.

- Provencher, M.D., Dugas, M.J., Ladouceur, R., 2004. Efficacy of problem-solving training and cognitive exposure in the treatment of generalized anxiety disorder: A case replication series. *Cogn. Behav. Pract.* 11, 404-414.
- Roberge, P., Fournier, L., Duhoux, A., Nguyen, C.T., Smolders, M., 2011. Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 46, 321-330.
- Roberge, P., Fournier, L., Menear, M., Duhoux, A., 2014. Access to psychotherapy for primary care patients with anxiety disorders. *Can. Psychol.* 55, 60.
- Roberge, P., Provencher, M.D., Gosselin, P., Vasiliadis, H.-M., Gaboury, I., Benoit, A., Antony, M.M., Chaillet, N., Houle, J., Hudon, C., Norton, P.J., 2018. A pragmatic randomized controlled trial of group transdiagnostic cognitive-behaviour therapy for anxiety disorders in primary care: Study protocol. *BMC Psychiatry* 18, 320.
- Rubin, H.J., Rubin, I., 2012. Qualitative interviewing: The art of hearing data, Third ed. Sage Publications, Los Angeles, California.
- Sandelowski, M., 2000. Whatever happened to qualitative description? *Res. Nurs. Health* 23, 334-340.
- Sekhon, M., Cartwright, M., Francis, J.J., 2017. Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Serv. Res.* 17, 88.
- Stein, M.B., Roy-Byrne, P.P., Craske, M.G., Campbell-Sills, L., Lang, A.J., Golinelli, D., Rose, R.D., Bystritsky, A., Sullivan, G., Sherbourne, C.D., 2011. Quality of and patient satisfaction with primary health care for anxiety disorders. *J. Clin. Psychiatry* 72, 970-976.
- Stein, M.B., Sherbourne, C.D., Craske, M.G., Means-Christensen, A., Bystritsky, A., Katon, W., Sullivan, G., Roy-Byrne, P.P., 2004. Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry* 161, 2230-2237.
- White, J.R., Freeman, A.S., 2000. Cognitive-behavioral group therapy: For specific problems and populations. American Psychological Association.
- Whitfield, G., 2010. Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. *Adv. Psychiatr. Treat.* 16, 219-227.

CHAPITRE 7 : DISCUSSION

Dans ce dernier chapitre du mémoire, nous discuterons des résultats en lien avec le cadre conceptuel de Sekhon *et al.* (2017) pour ensuite porter notre attention sur certains aspects particuliers de la TCC-T tels que les exercices d'exposition, le format de groupe, et l'aspect transdiagnostique de la TCC-T. Nous discuterons aussi des enjeux de l'offre de la TCC-T dans le contexte des soins de première ligne, mais également des bénéfices nommés par les participants de la TCC-T offerte dans le cadre de ce contexte et de l'ECR. Les suggestions émises par les participants seront ensuite abordées ainsi que les forces et les limites de l'étude. Enfin, nous conclurons ce chapitre en proposant quelques pistes de recherches futures, discuterons des retombées de l'étude pour la recherche, pour la clinique et pour les patients et présenterons quelques activités de transfert de connaissances réalisées et planifiées.

7.1. Les résultats en lien avec la littérature et recommandations

Cette étude vise à connaître l'expérience des patients qui présentent des troubles anxieux quant à leur acceptabilité de la TCC-T pour le traitement de leur trouble anxieux et de formuler des suggestions pour améliorer leur acceptabilité de la TCC-T. Selon les sept dimensions du cadre conceptuel de Sekhon *et al.* (2017), soient les attitudes affectives, le sentiment de surcharge, l'éthique, la cohérence de l'intervention, les coûts impliqués, l'efficacité perçue et le sentiment d'auto-efficacité, nos résultats montrent qu'en général, la TCC-T possède une bonne acceptabilité par les patients.

En effet, la majorité des participants rencontrés ont une attitude positive à l'égard de l'intervention (attitudes affectives), ont apprécié le format de groupe et ont vu de nombreux bénéfices malgré le fait que le groupe était composé de patients avec différents diagnostics d'anxiété. L'aspect transdiagnostique qui est distinctif de la TCC-T n'a pas semblé poser obstacle à l'acceptabilité des patients de cette thérapie. Plusieurs patients ont rapporté des avantages à être exposés aux personnes qui ont une expérience de l'anxiété différente de la

leur. L'intervention ne semble pas avoir heurté le système des valeurs des participants rencontrés (éthique). Les participants rencontrés ont trouvé crédible l'approche TCC-T pour le traitement de leur trouble anxieux et croient que la TCC-T est le traitement approprié pour réduire leurs symptômes anxieux (cohérence de l'intervention). Non seulement presque aucun participant rencontré n'a dû déboursier des frais ou perdre des bénéfices pour participer à la thérapie, la majorité des participants rencontrés ont souligné leur appréciation face à la gratuité de l'intervention offerte dans le cadre de l'ECR (coûts impliqués). La très grande majorité des patients reçus en entrevue ont observé des effets positifs de l'intervention dans la diminution des symptômes anxieux (efficacité perçue). Finalement, presque tous les participants rencontrés se sont sentis confiants d'être en mesure d'adopter les comportements nécessaires pour participer à la thérapie (sentiment d'auto-efficacité).

Ayant discuté brièvement des résultats en lien avec le cadre conceptuel de Sekhon *et al.* (2017), nous proposons maintenant de porter notre attention sur certains aspects particuliers de l'intervention qui ont émergé des données, tels que les exercices d'exposition, le format de groupe, et l'aspect transdiagnostique de la TCC-T.

Plusieurs patients ont partagé leur expérience quant aux exercices d'exposition qui sont au cœur de la TCC-T avec six des douze sessions dédiées à cette stratégie d'intervention. Contrairement aux protocoles de TCC pour des troubles anxieux spécifiques où l'on retrouve une certaine homogénéité dans les exercices d'exposition, les thérapeutes en contexte transdiagnostique doivent faire face au défi de devoir planifier des exercices d'exposition différents pour chaque patient tout en maintenant un niveau d'anxiété adéquat selon la hiérarchie d'exposition de chaque patient. Parmi les enjeux soulevés, les participants rencontrés en entrevue et ayant fait l'expérience d'exercices d'exposition par imagination ou par jeu de rôle rapportent ne pas récolter l'effet escompté, car ces exercices demandent un niveau de concentration élevé pour susciter le même niveau d'anxiété que la situation réelle et manquent parfois de réalisme. Bien que plusieurs études aient démontré l'efficacité de ces techniques d'exposition (Fracalanza *et al.*, 2014; Goldman *et al.*, 2007; Hoyer *et al.*, 2009; Provencher *et al.*, 2004), il se peut donc que ce soit le format de groupe

qui ne permette pas d'atteindre le niveau de concentration suffisante et le contexte particulier dans lequel l'intervention a été déployée. Ceci pourrait expliquer pourquoi ces exercices ont été perçus par les participants comme étant moins concluants. À la lumière de ces résultats et de l'importance de ce volet de la thérapie, nous recommandons d'offrir aux thérapeutes une formation avancée sur la gestion des séances d'exposition dans le contexte d'un format de groupe transdiagnostique.

La littérature révèle que les thérapeutes, même ceux qui ont reçu une formation spécialisée en TCC et en thérapie par exposition, ne sont pas toujours à l'aise d'utiliser les exercices d'exposition de façon optimale, c'est-à-dire de façon prolongée et intense, avec leurs patients qui présentent des troubles anxieux (Deacon, Farrell, *et al.*, 2013; Deacon, Lickel, *et al.*, 2013). Les raisons évoquées par ces thérapeutes sont la peur que les patients connaissent une exacerbation des symptômes anxieux et abandonnent la thérapie, ou même ressentent une perte de contact avec la réalité (Deacon, Lickel, *et al.*, 2013). Les résultats de l'étude principale révèlent aussi que les thérapeutes de l'ECR ne se conforment pas toujours au protocole de traitement dans la mise en œuvre des séances d'exposition (communication personnelle avec Roberge, P. & Provencher, M.D., décembre 2018). Dans leur étude, Farrell *et al.* (2013) constatent que la réticence du thérapeute à utiliser l'exposition ou la tendance à en diminuer l'intensité pourrait avoir une incidence sur l'issue de la thérapie. Par conséquent, améliorer la formation des thérapeutes quant à la composante exposition pourrait s'avérer bénéfique tant pour l'acceptabilité par les patients de la TCC-T que pour ses résultats pour les patients.

Les patients ont rapporté plusieurs bénéfices qui priment sur les inconvénients du format de groupe. Les bienfaits nommés par les patients rencontrés du format de groupe sont le soutien des pairs pour ne pas se sentir isolés avec leurs troubles anxieux, l'entraide, la pression des pairs qui les encouragent à affronter l'objet d'anxiété et le sentiment d'identification aux autres. Ces données corroborent celles rapportées par d'autres auteurs qui observent que la TCC-T permet aux participants de ne pas se sentir seuls et de réduire le stigma et le sentiment de culpabilité (White & Freeman, 2000; Whitfield, 2010). Par conséquent, ceci favorise la cohésion du groupe (White & Freeman, 2000; Whitfield,

2010). Parmi les études sur l'acceptabilité du protocole unifié de Barlow pour les troubles émotionnels (Barlow *et al.*, 2017), une étude exploratoire d'une approche de groupe révèle que la plupart des patients considèrent qu'il était à la fois éclairant et utile d'entendre les expériences des participants avec d'autres troubles émotionnels (Bullis *et al.*, 2015; Ellard *et al.*, 2017). Comme pour les résultats obtenus par Bullis (2015) et Ellard (2017), quelques participants de notre étude ont mentionné que l'hétérogénéité des diagnostics peut parfois faire en sorte qu'ils ne se reconnaissent pas complètement dans le vécu de certains, mais plusieurs participants ont rapporté que la diversité des troubles anxieux dans un même groupe ne pose pas obstacle à l'identification au vécu des autres.

À l'opposé, quelques participants interviewés ont rapporté quelques désavantages au format de groupe, dont la difficulté à dévoiler des informations personnelles à des inconnus et le fait de recevoir des propos perçus comme empreints de jugement. Les données issues des entrevues suggèrent que la composition du groupe semble influencer la cohésion du groupe, qui à son tour, semble avoir un impact sur l'acceptabilité et l'adhésion à la thérapie. Comme la cohésion du groupe semble favoriser non seulement l'issue de la thérapie, mais également l'acceptabilité de l'intervention et l'adhésion au traitement, il n'est pas surprenant de constater que favoriser l'établissement de liens entre les participants du groupe semble favoriser une bonne cohésion. Ainsi, les compétences relationnelles, les attitudes, les comportements et les personnalités des participants d'un groupe influencent la dynamique entre eux et, par conséquent, la cohésion du groupe en général. À la lumière de ce constat, lors de l'implantation de la TCC-T à grande échelle, il est suggéré de réfléchir à une façon optimale de composer les groupes de TCC-T afin de promouvoir une cohésion élevée entre les patients du groupe. Nous recommandons aussi de renforcer davantage la formation des thérapeutes quant à la gestion du groupe afin que les thérapeutes décèlent et possèdent des outils pour intervenir de façon optimale lorsqu'une dynamique difficile semble s'installer entre certains participants ou diriger certains patients vers un autre format de thérapie ou un traitement qui leur conviendrait mieux.

Comme c'est le cas pour la TCC conventionnelle, la TCC-T de groupe ne convient pas à tous les patients. Moorey (1996) a ressorti des variables qui peuvent nuire à l'issue de la

thérapie pour la TCC offerte en format de groupe. Ainsi, il soulève que la sévérité et la chronicité du trouble, la présence de facteurs psychosociaux tels que le stress sévère chronique, des problèmes relationnels (p.ex. : la tendance à être très compétitif) ou des problèmes de communication orale importants, des croyances ancrées négatives de soi, une faible motivation à changer, la difficulté à identifier des buts clairs pour la thérapie, la difficulté à comprendre et à adhérer à l'approche TCC ou encore un faible engagement à réaliser des devoirs entre les sessions, des idéations suicidaires, la peur extrême de se retrouver en groupe jusqu'à affecter les capacités à se concentrer ou la préférence pour le format individuel sont ceux qui ne sont pas susceptibles de bénéficier de la thérapie TCC et/ou du format de thérapie en groupe (Moorey, 1996; Whitfield, 2010). Whitfield (2010) propose de prendre en considération ces facteurs afin de déterminer si un patient est susceptible de bénéficier de la TCC et d'autant plus, celle donnée en format de groupe. Ces auteurs postulent que les patients ayant ces profils sont susceptibles de ne pas bénéficier de la TCC et/ou du format de thérapie en groupe (Moorey, 1996; Whitfield, 2010).

Comme les résultats obtenus par Smith *et al.* (2013) et Mitchell (1998), l'analyse des données de cette étude suggère aussi un lien entre la qualité du lien thérapeutique et l'acceptabilité perçue de la TCC-T. Or, le contexte pragmatique dans lequel la TCC-T a été déployée semble parfois poser obstacle à l'établissement d'un lien thérapeutique. Le manque d'expérience de certains thérapeutes dans l'animation des thérapies en groupe ou le fait que la taille des groupes de l'ECR pragmatique soit supérieure à celle des études menées dans des cliniques spécialisées en santé mentale peuvent expliquer que certains thérapeutes aient plus de difficultés à établir un bon lien avec tous les participants du groupe. En fait, les thérapeutes sélectionnés pour l'étude provenant du secteur public n'ont pas été recrutés sur la base d'une formation spécifique en TCC et beaucoup n'avaient qu'une expérience minimale dans l'administration de la TCC. De plus, la formation et la supervision offertes dans le cadre de l'étude principale étaient moins intensives que celles offertes lors des essais cliniques menés dans des cliniques universitaires spécialisées. Aussi, la TCC-T est habituellement donnée avec des groupes de six à huit patients au plus dans les essais cliniques (Norton, 2012b; Norton & Barrera, 2012; Norton & Hope, 2005; Norton & Philipp, 2008). Dans l'ECR dont fait l'objet cette étude (Roberge *et al.*, 2018), les groupes

étaient plutôt composés de huit à dix patients. Notre étude suggère qu'il pourrait être préférable de réduire la taille des groupes, même si cela n'est pas aussi propice à la dissémination à grande échelle en première ligne de la TCC-T pour le traitement des troubles anxieux.

Jusqu'à maintenant, quelques limites de l'offre de la TCC-T en contexte de soins réels ont été soulevées. Outre ces inconvénients, offrir la TCC-T en contexte pragmatique amène aussi des constats positifs. D'ailleurs, lors des entrevues, plusieurs participants ont mentionné l'accessibilité de l'intervention offerte. En effet, la gratuité de la thérapie est un aspect très apprécié de cette thérapie et a constitué un incitatif important pour entreprendre et poursuivre la thérapie. En effet, plusieurs participants ont mentionné qu'ils n'auraient pas accepté de prendre part à la thérapie si elle avait été offerte à un coût semblable à la psychothérapie offerte par les psychologues travaillant au privé. Ils ont aussi mentionné apprécier le fait que la thérapie ait lieu dans un endroit près de leur domicile, ce qui appuie l'importance d'investir dans les services dans la communauté. Implanter la TCC-T en première ligne afin de favoriser l'accès à la psychothérapie des patients présentant des troubles anxieux permettrait à ceux-ci de mettre un frein à la cascade de répercussions négatives que peut engendrer l'anxiété sur leur qualité de vie. Les résultats de notre étude montrent aussi que les participants n'ont pas constaté une différence au niveau des habiletés et compétences des deux thérapeutes. Cela nous laisse croire que la coanimation d'un professionnel moins expérimenté en TCC ne semble pas affecter la crédibilité des thérapeutes et de la thérapie. Ce constat est positif pour l'implantation de ce modèle en première ligne sachant qu'il y a un manque de ressources expertes en TCC.

Les stratégies d'intervention de la TCC-T comprennent des exercices d'auto-observation, de restructuration cognitive et d'exposition pendant et entre les séances de thérapie. Bien qu'ils sont conscients du temps et de l'énergie considérables qu'exigent ces exercices, les participants rencontrés en entrevue ont trouvé la charge de travail raisonnable. Ainsi, en général, les participants rencontrés n'ont pas perçu les devoirs et exercices de la TCC-T comme une surcharge de travail. Il s'agit d'une bonne nouvelle, car les résultats de quelques études antérieures révèlent que les devoirs à la maison posaient un défi pour les

patients. Par exemple, dans son étude portant sur l'efficacité du protocole unifié de Barlow, Ellard et al. (2017) ont observé que les patients sont moyennement adhérents à faire les devoirs et les exercices prescrits; tandis que Schuurmans et al. (2006) ont rapporté que les thérapeutes de leur étude ont eu beaucoup de difficulté à convaincre leurs patients de réaliser leurs devoirs comme prescrit. Ceci étant dit, il faut interpréter nos résultats avec précaution, car notre échantillon est composé essentiellement de participants adhérents (10/17 participants) et moyennement adhérents à la thérapie (5/17 participants). Comme nous avons rencontré très peu de participants non adhérents à la thérapie (2/17 participants), il se peut que la perception de ces participants diffère des participants adhérents à la thérapie quant au sentiment de surcharge qu'implique la TCC-T.

Bien que nos résultats indiquent que la TCC-T semble posséder une bonne acceptabilité auprès des participants rencontrés en entrevue, la TCC-T est une intervention prenante tant au niveau des efforts psychologiques que de l'investissement de temps. La littérature révèle un taux non négligeable d'abandon et de refus de participer à la TCC (Fernandez *et al.*, 2015). Dans l'objectif de réduire le taux d'abandon des patients à la TCC de groupe, Delsignore *et al.* (2016) ont évalué l'impact du soutien semi-individuel par courriel offert aux patients qui sont à risque d'abandonner la thérapie. Les résultats de leur étude a révélé que ce soutien offert à distance et en complément à la thérapie en groupe était plus efficace pour réduire les symptômes anxieux des patients ayant manqué au moins deux séances de thérapie que la TCC conventionnelle de groupe et semble montrer une tendance à diminuer le taux d'abandon à la thérapie (Delsignore *et al.*, 2016). Ce soutien en complément à la thérapie en groupe semble être une solution fort intéressante pour soutenir les patients dans le processus thérapeutique. Une participante de la présente étude a rapporté qu'une des thérapeutes de son groupe a envoyé un courriel de rappel à tout le groupe la veille de la première séance de thérapie. Son courriel comportait un message de motivation empreint d'empathie qui a donné à la participante le coup de pouce de motivation nécessaire pour se présenter à toutes les séances de thérapie malgré les quelques obstacles qui ont parsemé son parcours thérapeutique.

Lors des entrevues, les participants ont formulé quelques recommandations pour que la TCC-T corresponde davantage à leurs besoins. La majorité des participants rencontrés proposent d'offrir du temps en individuel avec un thérapeute. Cela peut être une ou deux séances en individuel ou des périodes de 15 minutes avant ou après la thérapie ou simplement de remplacer l'entrevue téléphonique initiale par une rencontre en face à face. En fait, l'entrevue téléphonique était une caractéristique spécifique de l'ECR de Roberge, Provencher *et al.* (2018) car le protocole de Norton (2012a) comprend une rencontre en face à face pré-thérapie. Aussi, dans le contexte de cet ECR, l'évaluation individuelle a été réalisée par une évaluatrice indépendante. Or, on peut penser qu'en contexte réel, cette évaluation initiale serait réalisée par le thérapeute, ce qui pourrait combler le besoin de temps en individuel avec un thérapeute tel que proposé par les participants. Certains participants ont également suggéré de former des groupes selon l'âge parce qu'ils rapportaient avoir de la difficulté à créer un lien et à s'identifier au vécu des personnes ayant une grande différence d'âge avec eux. Cependant, il est à noter que cette suggestion et ces observations proviennent de participants provenant d'un même groupe dans laquelle la dynamique entre certains participants a été perçue par ces derniers comme étant problématique. Les participants des autres groupes ont été questionnés en lien avec ce clivage générationnel et aucun n'a perçu la différence d'âge comme étant problématique.

7.2. Forces et limites de l'étude

7.2.1. Forces de l'étude

Cette étude comporte plusieurs forces. Selon nos connaissances, très peu d'études se sont intéressées à l'acceptabilité par les patients de la TCC pour le traitement des troubles anxieux, et de surcroît les modalités d'intervention transdiagnostiques et de groupe. Notre étude est donc novatrice d'autant plus qu'elle est la première à étudier l'acceptabilité par les patients de la TCC-T de Norton (2012a) suivant un dispositif de recherche qualitatif. En effet, l'utilisation du dispositif qualitatif pour explorer ce phénomène a permis d'obtenir des données riches et nuancées tout en donnant une voix aux patients afin de mieux comprendre leur perspective et ainsi formuler des recommandations pour l'implantation d'une intervention qui corresponde mieux à leurs besoins. De plus, notre stratégie

d'échantillonnage intentionnel à variation maximale basée sur trois variables, soit le sexe, le diagnostic principal et l'adhésion au traitement, nous a permis d'obtenir des perspectives diverses.

Finalement, notre étude a porté une attention particulière à respecter les critères de rigueur méthodologiques en recherche qualitative. En effet, une approche itérative et souple a été utilisée entre la collecte des données et les analyses afin d'ajuster et de raffiner le guide d'entrevue pour bien répondre aux objectifs de recherche, ce qui appuie la crédibilité des résultats (Laperrière, 1997). La triangulation des stratégies d'analyse (lecture des entrevues par plusieurs coauteurs, co-codage, et débriefing entre les pairs) assure la crédibilité et la fiabilité des résultats (Morse, 2015). Enfin, la description en profondeur du contexte, de la perspective et du profil des patients, la tenue d'un journal de bord et les multiples rencontres avec les auteurs pour discuter du codage et des analyses des résultats permettent d'assurer à la fois la crédibilité, la fiabilité et la transférabilité des résultats (Morse, 2015).

7.2.2. Limites de l'étude

Bien que cette étude ait permis de faire avancer les connaissances d'un domaine encore peu exploré par des résultats riches et nuancés, certaines limites méritent d'être soulignées.

D'abord, pour avoir un portrait plus riche de l'acceptabilité de la TCC-T, il aurait été souhaitable de mesurer l'acceptabilité avant, pendant et après l'intervention (Proctor *et al.*, 2011; Sekhon *et al.*, 2017). En effet, quelques auteurs soulèvent que l'évaluation de l'acceptabilité d'une intervention est un processus dynamique qui risque de changer en fonction du temps de mesure. Cependant, par souci de ne pas surcharger les participants de l'ECR, nous avons fait le choix de réaliser les entrevues à un seul temps de mesure, soit après que les participants aient fait l'expérience de l'intervention. Aussi, par souci de ne pas biaiser ou influencer les résultats de l'ECR, les participants n'ont pas été rencontrés immédiatement après la fin de la thérapie. Il n'est donc pas possible de savoir si la perception des patients a différé à cause de ce délai ni dans quel sens. Cependant, nous pensons que la perception générale de leur expérience ne devrait pas être trop altérée quatre mois après la fin de l'intervention.

Enfin, bien qu'un maximum d'efforts aient été déployés pour recruter des patients non-adhérents à la thérapie, seulement deux participants non adhérents ont accepté de nous accorder une entrevue. Par conséquent, les raisons de non-adhérence à la thérapie n'ont pas pu être explorées de façon exhaustive. De plus, bien que nos données tendent à montrer qu'il n'y a pas de lien entre le sexe ou le diagnostic principal des patients et l'acceptabilité des patients de la TCC-T, notre échantillon n'était pas constitué de façon assez équilibrée pour ces critères afin d'avancer avec assurance toute conclusion.

7.3. Pistes de recherche future

Cette étude a permis de recueillir des données pertinentes sur l'acceptabilité de la TCC-T de groupe offerte dans le contexte de soins de première ligne. Elle a permis aussi de soulever quelques hypothèses qui restent à être vérifiées et quelques idées pour des recherches futures.

Tout d'abord, nous proposons de vérifier notre hypothèse de l'existence d'un lien possible entre la cohésion de groupe et l'alliance thérapeutique sur l'acceptabilité de la thérapie, car nos résultats indiquent que ces deux facteurs semblent jouer un rôle majeur pour favoriser l'acceptabilité de l'intervention par les patients. Explorer l'existence ou non d'un lien entre ces facteurs par une étude quantitative de corrélation permettra aux personnes responsables de l'implantation de la TCC-T à grande échelle de connaître les facteurs sur lesquels ils doivent accorder leur attention afin de rendre cette intervention la plus acceptable possible aux yeux des patients, et par conséquent, favorisera son utilisation et son adhésion optimale.

Dans cette étude, nous avons choisi de colliger uniquement la perspective des patients. Pour avoir un portrait plus complet de l'acceptabilité de l'intervention, il serait intéressant que des études futures examinent l'acceptabilité auprès des thérapeutes puisque leur perception pourrait différer de celle des patients et influencer l'utilisation de ce traitement.

Nous proposons que les prochaines études se concentrent davantage sur le recrutement de patients non adhérents et de personnes ayant obtenu un diplôme d'études secondaires ou moins, car étant donné que la TCC-T a un contenu hautement didactique, il se peut que de nouveaux enjeux sur l'acceptabilité de cette thérapie émanent d'une population moins scolarisée que celle de notre échantillon.

Comme mentionné dans la section décrivant la méthodologie de cette étude, nous avons choisi de rencontrer des participants qui ont participé à un minimum de trois séances de TCC-T afin de s'assurer que les participants rencontrés en entrevue aient vécu suffisamment de séances de thérapie pour pouvoir se prononcer sur celle-ci. Cependant, nous sommes conscients que les patients ayant suivi moins de trois séances de TCC-T peuvent aussi nous éclairer sur la question de l'acceptabilité de cette thérapie. Il se peut que les facteurs qui ont posé obstacle à leur adhésion à la TCC-T soient liés ou non à la thérapie. Dans les projets de recherche futurs, il est donc suggéré de récolter la perspective des personnes qui ont assisté à moins de trois séances afin de vérifier si les résultats convergent ou non avec ceux de la présente étude.

7.4. Retombées de l'étude

7.2.3. Pour la recherche

Cette étude aura des retombées pertinentes pour l'avancement des connaissances dans le domaine des troubles anxieux et de ses traitements. Non seulement est-elle la première étude se penchant sur la question de l'acceptabilité de la TCC-T, mais elle est également une des rares études qui explorent en profondeur la perspective des patients quant à l'acceptabilité de la TCC en ayant recours à un devis qualitatif. De plus, elle aura permis de démontrer que le cadre conceptuel de Sekhon *et al.* est utile à l'évaluation globale de l'acceptabilité dans le cadre de la psychothérapie. Enfin, les leçons tirées de cette étude sont susceptibles d'être transférables à des interventions de groupe, autres que la TCC, et aussi à d'autres formats de la TCC. Nos données ouvrent donc la voie à d'autres études pour approfondir toutes ces possibilités.

7.2.4. Pour la clinique

Comprendre la perspective des participants vis-à-vis l'acceptabilité de la TCC-T offerte dans le contexte de soins de première ligne est crucial dans le processus d'évaluation et d'implantation de cette intervention, car ce critère est déterminant pour favoriser l'adhésion et l'utilisation future de ce traitement par les patients. Les résultats de cette étude ont permis de formuler quelques recommandations pour les professionnels et les décideurs souhaitant implanter cette intervention qui pourraient contribuer ultimement à une meilleure qualité des soins.

7.2.5. Pour les patients

Les résultats issus de cette étude sont susceptibles de produire des retombées intéressantes pour les patients également, car elle donne une voix à ceux-ci. De cette manière, les professionnels et décideurs responsables du déploiement de la TCC-T à grande échelle prennent connaissance des besoins des patients et sont plus à même d'adapter les services. De plus, les résultats de cette étude combinés à ceux de l'ECR permettront d'implanter plus efficacement la TCC-T en première ligne, ce qui permettra aux patients qui présentent des troubles anxieux d'avoir accès plus facilement à un traitement psychologique fondé sur des données probantes dans le secteur public.

7.5 Activités de transfert des connaissances

Afin de disséminer les résultats de cette étude à la communauté scientifique, quelques activités de transfert des connaissances ont été réalisées et d'autres prévues. Au mois de mai 2018, l'étudiante-auteure de ce mémoire a présenté une affiche relatant les résultats de cette étude lors de la Journée scientifique de la Faculté de médecine et sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. En novembre 2018, les résultats de cette étude ont été présentés lors de la rencontre annuelle du congrès North American Primary Care Research Group tenu à Chicago, États-Unis. De plus, lors des congrès de l'Association Canadienne des thérapies cognitives et comportementales (mai 2019) et le World Congress of

Behavioural & Cognitive Therapies (juillet 2019) les résultats de cette étude seront présentés dans le cadre de deux symposiums portant sur les résultats de l'ECR.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude montrent que la majorité des patients rencontrés en entrevue perçoivent la TCC-T offerte en contexte de soins réels, hors des cliniques spécialisées en santé mentale, comme étant appropriée, pratique et efficace. Bien que certains défis soient soulevés par la modalité transdiagnostique de groupe, cela ne semble pas poser obstacle à l'acceptabilité de la thérapie par plusieurs patients interviewés. Cette étude pourrait guider le processus d'implantation de cette intervention en mettant en lumière les facteurs qui facilitent ou entravent l'acceptabilité de cette intervention. Ainsi, lors de l'implantation à grande échelle de la TCC-T en soins de première ligne, nous recommandons d'apporter une attention particulière à la formation des thérapeutes pour l'exposition en contexte transdiagnostique et à la composition et aux dynamiques de groupe. Des études futures permettraient d'explorer la perspective des intervenants, de mieux comprendre la perspective des non-adhérents et de vérifier notre hypothèse d'un lien entre la cohésion de groupe et de l'alliance thérapeutique sur l'acceptabilité de la thérapie.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2016) *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada.
- Alonso, J, Liu, Z, Evans - Lacko, S, Sadikova, E, Sampson, N, Chatterji, S, . . . Andrade, LH (2018) Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety* 35(3): 195-208.
- American Psychiatric Association. (2015) *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Elsevier Masson
- Anderson, T, Watson, M, & Davidson, R (2008) The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: A feasibility study. *Palliative Medicine* 22(7): 814-821.
- Arch, JJ, Twohig, MP, Deacon, BJ, Landy, LN, & Bluett, EJ (2015) The credibility of exposure therapy: Does the theoretical rationale matter? *Behaviour Research & Therapy* 72: 81-92.
- Bados, A, Balaguer, G, & Saldaña, C (2007) The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal Of Clinical Psychology* 63(6): 585-592.
- Bandelow, B, & Michaelis, S (2015) Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 17(3): 327.
- Bandelow, B, Sievert, K, Rothemeyer, M, & Hajak, G (1995) 'What treatments do patients with panic disorder and agoraphobia get?' Erratum. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 246(1): 62-62.
- Bandelow, B, Sievert, K, Röthemeyer, M, Hajak, G, & Rüther, E (1995) What treatments do patients with panic disorder and agoraphobia get? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 245(2): 165-171.
- Barlow, DH, Farchione, TJ, Bullis, JR, Gallagher, MW, Murray-Latin, H, Sauer-Zavala, S, . . . Boswell, JF (2017) The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry* 74(9): 875-884.
- Baxter, AJ, Vos, T, Scott, KM, Ferrari, AJ, & Whiteford, HA (2014) The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological Medicine* 44(11): 2363-2374.
- Beard, C, Weisberg, RB, & Primack, J (2012) Socially anxious primary care patients' attitudes toward cognitive bias modification (CBM): A qualitative study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 40(5): 618-633.
- Becker, CB, Darius, E, & Schaumberg, K (2007) An analog study of patient preferences for exposure versus alternative treatments for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 45(12): 2861-2873.
- Bevan, A, Oldfield, VB, & Salkovskis, PM (2010) A qualitative study of the acceptability of an intensive format for the delivery of cognitive-behavioural therapy for obsessive - compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology* 49(2): 173-191.

- Bohni, MK, Spindler, H, Arendt, M, Hougaard, E, & Rosenberg, NK (2009) A randomized study of massed three-week cognitive behavioural therapy schedule for panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 120(3): 187-195.
- Borkovec, TD, & Nau, SD (1972) Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 3(4): 257-260.
- Brown, F, Michaels, CA, Oliva, CM, & Woolf, SB (2008) Personal paradigm shifts among ABA and PBS experts: Comparisons in treatment acceptability. *Journal of Positive Behavior Interventions* 10(4): 212-227.
- Brown, TA, & Barlow, DH. (2014) *Anxiety and related disorders interview schedule for DSM-5 (ADIS-5L) : Adult and lifetime version: Clinician manual*. Oxford University Press
- Brown, TA, Campbell, LA, Lehman, CL, Grisham, JR, & Mancill, RB (2001) Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology* 110(4): 585.
- Bullis, JR, Sauer-Zavala, S, Bentley, KH, Thompson-Hollands, J, Carl, JR, & Barlow, DH (2015) The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification* 39(2): 295-321.
- Calvert, SC, & Johnston, C (1990) Acceptability of treatments for child behavior problems: Issues and implications for future research. *Journal of Clinical Child Psychology* 19(1): 61-74.
- Carter, SL (2008) Further conceptualization of treatment acceptability. *Education and Training in Developmental Disabilities* 43: 135-143.
- Chisholm, D, Sweeny, K, Sheehan, P, Rasmussen, B, Smit, F, Cuijpers, P, & Saxena, S (2016) Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry* 3(5): 415-424.
- Clark, DM, Ehlers, A, McManus, F, Hackmann, A, Fennell, M, Campbell, H, . . . Louis, B (2003) Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(6): 1058.
- Cox, BJ, Fergus, KD, & Swinson, RP (1994) Patient satisfaction with behavioral treatments for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders* 8(3): 193-206.
- Crowe, MJ, Marks, IM, Agras, WS, & Leitenberg, H (1972) Time-limited desensitisation, implosion and shaping for phobic patients: A crossover study. *Behaviour Research and Therapy* 10(4): 319-328.
- Dana, SN, & Wambach, KA (2003) Patient satisfaction with an early discharge home visit program. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 32(2): 190-198.
- Davidson, JRT, Foa, EB, Huppert, JD, Keefe, FJ, Franklin, ME, Compton, JS, . . . Gadde, KM (2004) Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry* 61(10): 1005-1013.
- Deacon, BJ, & Abramowitz, JS (2005) Patients' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Behavior Therapy* 36(2): 139-145.
- Deacon, BJ, Farrell, NR, Kemp, JJ, Dixon, LJ, Sy, JT, Zhang, AR, & McGrath, PB (2013) Assessing therapist reservations about exposure therapy for anxiety disorders: The Therapist Beliefs about Exposure Scale. *Journal of Anxiety Disorders* 27(8): 772-780.

- Deacon, BJ, Lickel, JJ, Farrell, NR, Kemp, JJ, & Hipol, LJ (2013) Therapist perceptions and delivery of interoceptive exposure for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 27(2): 259-264.
- Deacon, BJ, Sy, JT, Lickel, JJ, & Nelson, EA (2010) Does the judicious use of safety behaviors improve the efficacy and acceptability of exposure therapy for claustrophobic fear? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 41(1): 71-80.
- Delsignore, A, Rufer, M, Emmerich, J, Weidt, S, Brühl, AB, & Moergeli, H (2016) E-mail support as an adjunct to cognitive-behavioral group therapy for social anxiety disorder: Impact on dropout and outcome. *Psychiatry Research* 244: 151-158.
- Diller, JW, Brown, RM, & Patros, CHG (2013) Revisiting Kazdin (1980): Contemporary treatment acceptability for problem behavior in children. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 13(2).
- Eckert, TL, & Hintze, JM (2000) Behavioral conceptions and applications of acceptability: Issues related to service delivery and research methodology. *School Psychology Quarterly* 15(2): 123.
- Ellard, KK, Bernstein, EE, Hearing, C, Baek, JH, Sylvia, LG, Nierenberg, AA, . . . Deckersbach, T (2017) Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety using the Unified Protocol for Emotional Disorders: A pilot feasibility and acceptability trial. *Journal of Affective Disorders* 219: 209-221.
- Elliott, SN (1988) Acceptability of behavioral treatments: Review of variables that influence treatment selection. *Professional Psychology: Research and Practice* 19(1): 68.
- Farrell, NR, Deacon, BJ, Kemp, JJ, Dixon, LJ, & Sy, JT (2013) Do negative beliefs about exposure therapy cause its suboptimal delivery? An experimental investigation. *Journal of Anxiety Disorders* 27(8): 763-771.
- Feeny, NC, Zoellner, LA, & Kahana, SY (2009) Providing a treatment rationale for PTSD: Does what we say matter? *Behaviour Research and Therapy* 47(9): 752-760.
- Fernandez, E, Salem, D, Swift, JK, & Ramtahal, N (2015) Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 83(6): 1108.
- Fortin, M-F, & Gagnon, J. (2015) *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation, (3 ed.) 518 p.
- Foster, L, Harris, LM, & Black, D (2011) Preference for mode of delivery of Cognitive Behavior Therapy in social anxiety *Journal of CyberTherapy and Rehabilitation* 4(3): 351-361.
- Fracalanza, K, Koerner, N, & Antony, MM (2014) Testing a procedural variant of written imaginal exposure for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 28(6): 559-569.
- Gall, MD, Gall, JP, & Borg, WR. (2007) *Educational research: An introduction*. Boston, MA: Allyn & Bacon, (8th ed.) p.
- Gallagher, F. (2014) La recherche descriptive interprétative: description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein. Dans M. Corbière & N. Larivière (Eds.). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec: Presses de l'Université du Québec, pp. 5-28

- Garcia-Palacios, A, Botella, C, Hoffman, H, & Fabregat, S (2007) Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. in vivo exposure by patients with specific phobias. *CyberPsychology & Behavior* 10(5): 722-724.
- Gaudreau, C, Landreville, P, Carmichael, P-H, Champagne, A, & Camateros, C (2015) Older adults' rating of the acceptability of treatments for generalized anxiety disorder. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health* 38(1): 68-87.
- Goldman, N, Dugas, MJ, Sexton, KA, & Gervais, NJ (2007) The impact of written exposure on worry: A preliminary investigation. *Behavior Modification* 31(4): 512-538.
- Guest, G, Bunce, A, & Johnson, L (2006) How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods* 18(1): 59-82.
- Guimond, A-J, Provencher, MD, & Bélair, M (2013) Traitements cognitifs-comportementaux transdiagnostiques des troubles anxieux : recension des écrits. *Revue québécoise de psychologie* 34(2): 265-293.
- Haug, TT, Blomhoff, S, Hellstrøm, K, Holme, I, Humble, M, Madsbu, HP, & Wold, JE (2003) Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 182(4): 312-318.
- Hecker, JE, Fink, CM, & Fritzler, BK (1993) Acceptability of panic disorder treatments: A survey of family practice physicians. *Journal of Anxiety Disorders* 7(4): 373-384.
- Hibbard, JH, Greene, J, & Tusler, M (2009) Improving the outcomes of disease management by tailoring care to the patient's level of activation. *The American Journal of Managed Care* 15(6): 353-360.
- Hofmann, SG, Asnaani, A, Vonk, IJ, Sawyer, AT, & Fang, A (2012) The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research* 36(5): 427-440.
- Hofmann, SG, Barlow, DH, Papp, LA, Detweiler, MF, Ray, SE, Shear, MK, . . . Gorman, JM (1998) Pretreatment attrition in a comparative treatment outcome study on panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 155(1): 43-47.
- Hoyer, J, Beesdo, K, Gloster, AT, Runge, J, Höfler, M, & Becker, ES (2009) Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* 78(2): 106-115.
- Huddleston, L (2012) *Evaluating treatment acceptability, treatment integrity, and cultural modifications of a bullying prevention intervention*. (Thèse de doctorat, Georgia State University, Atlanta, GA).
- Hundt, NE, Armento, MEA, Porter, B, Cully, JA, Kunik, ME, & Stanley, M (2013) Predictors of treatment satisfaction among older adults with anxiety in a primary care psychology program. *Evaluation and Program Planning* 37: 58-63.
- Huppert, JD, Franklin, ME, Foa, EB, & Davidson, JRT (2003) Study refusal and exclusion from a randomized treatment study of generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 17(6): 683-693.
- Katzman, MA, Bleau, P, Blier, P, Chokka, P, Kjernisted, K, & Van Ameringen, M (2014) Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 14(1): 1.
- Kazdin, AE (1980) Acceptability of alternative treatments for deviant child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis* 13(2): 259-273.

- Kazdin, AE (1981) Acceptability of child treatment techniques: The influence of treatment efficacy and adverse side effects. *Behavior Therapy* 12(4): 493-506.
- Kessler, RC, Chiu, WT, Demler, O, & Walters, EE (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62(6): 617-627.
- Kessler, RC, Ruscio, AM, Shear, K, & Wittchen, H-U (2010) Epidemiology of anxiety disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences* 2: 21-35.
- Kowinsky, A, Greenhouse, PK, Zombek, VL, Rader, SL, & Reidy, ME (2009) Care management redesign: Increasing care manager time with patients and providers while improving metrics. *Journal of Nursing Administration* 39(9): 388-392.
- Laperrière, A. (1997) Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupard, L. H. Groulx, J. P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Eds.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville, QC: Gaetan Morin, 365-389
- Lennox, DB, & Miltenberger, RG (1990) On the conceptualization of treatment acceptability. *Education and Training in Mental Retardation* 25: 211-224.
- Lépine, J-P (2002) The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. *The Journal Of Clinical Psychiatry* 63(Supp 14): 4-8.
- Lesage, A, Vasiliadis, H-M, Gagné, M-A, Dudgeon, S, Kasman, N, & Hay, C. (2006) *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Mississauga, ON: Initiative Canadienne de collaboration en santé mentale.
- Levy, HC, & Radomsky, AS (2014) Safety behaviour enhances the acceptability of exposure. *Cognitive Behaviour Therapy* 43(1): 83-92.
- Levy, HC, Senn, JM, & Radomsky, AS (2014) Further support for the acceptability-enhancing roles of safety behavior and a cognitive rationale in cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 28(4): 303-316.
- Lyst, AM, Gabriel, S, O'Shaughnessy, TE, Meyers, J, & Meyers, B (2005) Social validity: Perceptions of check and connect with early literacy support. *Journal of School Psychology* 43(3): 197-218.
- Maher, MJ, Wang, Y, Zuckoff, A, Wall, MM, Franklin, M, Foa, EB, & Simpson, HB (2012) Predictors of patient adherence to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* 81(2): 124-126.
- Maltby, N, & Tolin, DF (2005) A brief motivational intervention for treatment-refusing OCD patients. *Cognitive Behaviour Therapy* 34(3): 176-184.
- Mancebo, MC, Eisen, JL, Sibrava, NJ, Dyck, IR, & Rasmussen, SA (2011) Patient utilization of cognitive-behavioral therapy for OCD. *Behavior Therapy* 42(3): 399-412.
- McEwen, M, & Wills, EM. (2017) *Theoretical basis for nursing*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- McHugh, RK, Whitton, SW, Peckham, AD, Welge, JA, & Otto, MW (2013) Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *The Journal Of Clinical Psychiatry* 74(6): 595.
- McLean, CP, & Hope, DA. (2005). *Helpful aspects of cognitive behavioral therapy for clients with social anxiety*. Conférence présentée à la 25th Annual Meeting of the Anxiety Disorders Association of America Seattle, Washington.

- Mendlowicz, MV, & Stein, MB (2000) Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 157(5): 669-682.
- Milosevic, I, & Radomsky, AS (2013) Incorporating the judicious use of safety behavior into exposure-based treatments for anxiety disorders: A study of treatment acceptability. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 27(2): 155-174.
- Mitchell, CG (1998) Perceptions of empathy and client satisfaction with managed behavioral health care. *Social Work* 43(5): 404-411.
- Moorey, S (1996) Cognitive behaviour therapy for whom? *Advances in Psychiatric Treatment* 2(1): 17-23.
- Morse, JM (2015) Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative Health Research* 25(9): 1212-1222.
- Mukherjee, S, Sullivan, G, Perry, D, Verdugo, B, Means-Christensen, A, Schraufnagel, T, . . . Roy-Byrne, PP (2006) Adherence to treatment among economically disadvantaged patients with panic disorder. *Psychiatric Services* 57(12): 1745-1750.
- Naber, D, & Kasper, S (2000) The importance of treatment acceptability to patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 4(1): 25-34.
- Naik, A, O'Brien, AP, Gaskin, CJ, Munro, I, & Bloomer, MJ (2013) The acceptability and efficacy of a group cognitive behavioural therapy programme in a community mental health setting. *Community Mental Health Journal* 49(3): 368-372.
- Newby, JM, Mewton, L, & Andrews, G (2017) Transdiagnostic versus disorder-specific internet-delivered cognitive behaviour therapy for anxiety and depression in primary care. *Journal of Anxiety Disorders* 46: 25-34.
- Norton, GR, Allen, GE, & Hilton, J (1983) The social validity of treatments for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy* 21(4): 393-399.
- Norton, PJ (2006) Toward a clinically - oriented model of anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy* 35(2): 88-105.
- Norton, PJ. (2012a) *Group cognitive-behavioral therapy of anxiety: A transdiagnostic treatment manual*. New-York, NY: Guilford Press, 222
- Norton, PJ (2012b) A randomized clinical trial of transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for anxiety disorder by comparison to relaxation training. *Behavior Therapy* 43(3): 506-517.
- Norton, PJ (2012c) Transdiagnostic group CBT for anxiety disorder: Efficacy, acceptability, and beyond. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 17(3): 205-217.
- Norton, PJ, & Barrera, TL (2012) Transdiagnostic versus diagnosis - specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety* 29(10): 874-882.
- Norton, PJ, Barrera, TL, Mathew, AR, Chamberlain, LD, Szafranski, DD, Reddy, R, & Smith, AH (2013) Effect of transdiagnostic CBT for anxiety disorders on comorbid diagnoses. *Depression and Anxiety* 30(2): 168-173.
- Norton, PJ, & Hope, DA (2005) Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 36(2): 79-97.
- Norton, PJ, & Philipp, LM (2008) Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 45(2): 214-226.

- Norton, PJ, & Roberge, P (2017) Transdiagnostic therapy. *Psychiatric Clinics of North America* 40: 675-687.
- Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Suisse: OMS.
- Ouadahi, Y, Lesage, A, Rodrigue, J, & Fleury, M-J (2009) Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives. *Santé mentale au Québec* 34(1): 161-172.
- Perreault, M, Julien, D, White, ND, Bélanger, C, Marchand, A, Katerelos, T, & Milton, D (2014) Treatment modality preferences and adherence to group treatment for panic disorder with agoraphobia. *The Psychiatric Quarterly* 85(2): 121-132.
- Powers, MB, Smits, JAJ, & Telch, MJ (2004) Disentangling the effects of safety-behavior utilization and safety-behavior availability during exposure-based treatment: A placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(3): 448.
- Price, D, Beck, A, Nimmer, C, & Bensen, S (2000) The treatment of anxiety disorders in a primary care HMO setting. *The Psychiatric Quarterly* 71(1): 31-45.
- Proctor, E, Silmere, H, Raghavan, R, Hovmand, P, Aarons, G, Bunger, A, . . . Hensley, M (2011) Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 38(2): 65-76.
- Provencher, MD, Dugas, MJ, & Ladouceur, R (2004) Efficacy of problem-solving training and cognitive exposure in the treatment of generalized anxiety disorder: A case replication series. *Cognitive and Behavioral Practice* 11: 404-414.
- Quero, S, Pérez-Ara, MÁ, Bretón-López, J, García-Palacios, A, Baños, RM, & Botella, C (2014) Acceptability of virtual reality interoceptive exposure for the treatment of panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Guidance & Counselling* 42(2): 123-137.
- Rachman, S, Radomsky, AS, & Shafran, R (2008) Safety behaviour: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy* 46(2): 163-173.
- Reid Ponte, P, Conlin, G, Conway, JB, Grant, S, Medeiros, C, Nies, J, . . . Conley, K (2003) Making patient-centered care come alive: Achieving full integration of the patient's perspective. *Journal of Nursing Administration* 33(2): 82-90.
- Reimers, TM, Wacker, DP, & Koeppel, G (1987) Acceptability of behavioral interventions: A review of the literature. *School Psychology Review* 16(2): 212-227.
- Roberge, P, Fournier, L, Menear, M, & Duhoux, A (2014) Access to psychotherapy for primary care patients with anxiety disorders. *Canadian Psychology. Psychologie Canadienne* 55(2): 60.
- Roberge, P, Provencher, MD, Antony, MM, Chaillet, N, Gaboury, I, Gosselin, P, . . . Vasiliadis, H-M. (2015-2019). A pragmatic randomized controlled trial of group transdiagnostic cognitive-behaviour therapy (T-CBT) for anxiety disorders in primary care. Québec, Canada: Instituts en recherche en santé du Canada.
- Roberge, P, Provencher, MD, Gosselin, P, Vasiliadis, H-M, Gaboury, I, Benoit, A, . . . Norton, PJ (2018) A pragmatic randomized controlled trial of group transdiagnostic cognitive-behaviour therapy for anxiety disorders in primary care: Study protocol. *BMC Psychiatry* 18(1): 320.

- Roy-Byrne, PP, Davidson, KW, Kessler, RC, Asmundson, GJG, Goodwin, RD, Kubzansky, L, . . . Laden, SK (2008) Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry* 30(3): 208-225.
- Ruggeri, M, Lasalvia, A, Bisoffi, G, Thornicroft, G, Vázquez-Barquero, JL, Becker, T, . . . Tansella, M (2003) Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: Results from the EPSILON Study. *Schizophrenia Bulletin* 29(2): 229-245.
- Salkovskis, PM (1991) The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy* 19(1): 6-19.
- Salkovskis, PM, Clark, DM, & Gelder, MG (1996) Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy* 34(5): 453-458.
- Salkovskis, PM, Clark, DM, Hackmann, A, Wells, A, & Gelder, MG (1999) An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy* 37(6): 559-574.
- Sandelowski, M (2000) Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health* 23(4): 334-340.
- Schuurmans, J, Comijs, H, Emmelkamp, PMG, Gundy, CMM, Weijnen, I, Van Den Hout, M, & Van Dyck, R (2006) A randomized, controlled trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and sertraline versus a waitlist control group for anxiety disorders in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 14(3): 255-263.
- Sekhon, M, Cartwright, M, & Francis, JJ (2017) Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research* 17(1): 88.
- Severy, LJ, Tolley, E, Woodsong, C, & Guest, G (2005) A framework for examining the sustained acceptability of microbicides. *AIDS and Behavior* 9(1): 121-131.
- Sidani, S (2008) Effects of patient-centered care on patient outcomes: An evaluation. *Research and Theory for Nursing Practice* 22(1): 24.
- Sidani, S, & Braden, CJ. (2011) *Design, evaluation, and translation of nursing interventions*. New Delhi, Inde: John Wiley & Sons, 304.
- Sidani, S, Epstein, DR, Bootzin, RR, Moritz, P, & Miranda, J (2009) Assessment of preferences for treatment: Validation of a measure. *Research in Nursing and Health* 32(4): 419-431.
- Sloan, T, & Telch, MJ (2002) The effects of safety-seeking behavior and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy* 40(3): 235-251.
- Smith, AH, Norton, PJ, & McLean, CP (2013) Client perceptions of therapy component helpfulness in group cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal Of Clinical Psychology* 69(3): 229-239.
- Staniszewska, S, Crowe, S, Badenoch, D, Edwards, C, Savage, J, & Norman, W (2010) The PRIME project: Developing a patient evidence - base. *Health Expectations* 13(3): 312-322.
- Stewart, M, Brown, JB, Donner, A, McWhinney, IR, Oates, J, Weston, WW, & Jordan, J (2000) The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice* 49(9): 796-796.

- Swift, JK, & Callahan, JL (2009) The impact of client treatment preferences on outcome: A meta - analysis. *Journal of Clinical Psychology* 65(4): 368-381.
- Taylor, CT, & Alden, LE (2010) Safety behaviors and judgmental biases in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* 48(3): 226-237.
- Tompkins, KA, Swift, JK, & Callahan, JL (2013) Working with clients by incorporating their preferences. *Psychotherapy* 50(3): 279-283.
- Vermani, M, Marcus, M, & Katzman, MA (2011) Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: A descriptive, cross-sectional study. *The Primary Care Companion to CNS Disorders* 13(2).
- Waghorn, G, Chant, D, White, P, & Whiteford, H (2005) Disability, employment and work performance among people with ICD - 10 anxiety disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39(1 - 2): 55-66.
- Westra, HA, Aviram, A, Barnes, M, & Angus, L (2010) Therapy was not what I expected: A preliminary qualitative analysis of concordance between client expectations and experience of cognitive-behavioural therapy. *Psychotherapy Research* 20(4): 436-446.
- White, JR, & Freeman, AS. (2000) *Cognitive-behavioral group therapy: For specific problems and populations*. Washington, DC: APA.
- Whitfield, G (2010) Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in Psychiatric Treatment* 16(3): 219-227.
- Witt, JC, & Elliott, SN. (1985) Acceptability of classroom management strategies. Dans T. R. Kratochwil (Edit.), *Advances in School Psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wittchen, H-U, Zhao, S, Kessler, RC, & Eaton, WW (1994) DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 51(5): 355-364.
- Wolf, DM, Lehman, L, Quinlin, R, Zullo, T, & Hoffman, L (2008) Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Care Quality* 23(4): 316-321.
- Wolf, MM (1978) Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis* 11(2): 203-214.

ANNEXES

ANNEXE 1 :
Guide d’entrevue semi-structurée sur l’acceptabilité de la TCC-T par les patients

GUIDE D'ENTREVUE DU PROJET SUR L'ACCEPTABILITÉ DE LA TCC-T

INTRODUCTION :

- Récemment participé à des rencontres de groupe *Je me libère de l'anxiété*
- But de notre entretien : connaître votre expérience de ces rencontres
 - entendre votre expérience qu'elle soit positive ou négative.
- Important de savoir : il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

GUIDE D'ENTREVUE DU PROJET SUR L'ACCEPTABILITÉ DE LA TCC-T

Question brise-glace :

- 1- *Pouvez-vous me dire qu'est-ce qui vous vient spontanément en tête lorsque je vous demande de me parler des rencontres de groupe auxquelles vous avez participé récemment dans le cadre du projet Je me libère de l'anxiété.*

OBJECTIF 1 : L'ACCEPTABILITÉ SELON LES DIMENSIONS DU CADRE CONCEPTUEL**A. Attitudes affectives****Introduction :**

- *Aborder différents sujets en lien avec les rencontres de groupe Je me libère de l'anxiété*
- *Dire tout ce qui vous vient en tête*
- *Les rencontres de groupe que vous avez assisté sont séparées en 3 volets principaux.*
- *Volet où thérapeutes donnent de l'information sur la nature de l'anxiété, d'où elle vient, etc.*
- *Volet exposition : volet où vous deviez faire face à des situations, à des sensations physiques d'anxiété, à des inquiétudes*
- *Volets restructuration cognitive où vous prenez consciences des pensées automatiques, les discours internes qui nourrissent et maintiennent votre anxiété pour ensuite les remplacer vers des pensées plus rationnelles.*
- *J'aimerais connaître votre expérience par rapport à ces 3 principaux volets des rencontres*

- 2- *Pouvez-vous me parler de votre expérience des **rencontres où les thérapeutes donnent de l'information sur la nature de l'anxiété?***

- *Que pensez-vous des explications et des présentations?*
- *Que pensez-vous du matériel de ce volet?*

Les 3 principaux volets des rencontres

GUIDE D'ENTREVUE DU PROJET SUR L'ACCEPTABILITÉ DE LA TCC-T

<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Ce volet a-t-il été aidant?</i> ➤ <i>Il y a-t-il des sujets dont vous auriez aimé discuter mais qui n'ont pas été abordés ou pas de temps pour approfondir?</i> ➤ <i>Il y a-t-il des sujets sur lesquels trop de temps a été consacré?</i> <p>3- <i>Et que pensez-vous du volet d'exposition c-à-d où vous deviez faire face à des situations, à des sensations physiques d'anxiété, à des inquiétudes, etc.?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Pouvez-vous me dire ce qui s'est bien passé et qu'est-ce qu'on aurait pu faire mieux dans ce volet?</i> ➤ <i>Que pensez-vous du fait que les exercices d'expositions aient débuté à la 4^e rencontre?</i> <i>(Étiez-vous prêts à débiter les exercices d'exposition à la 4^e rencontre?)</i> ➤ <i>Est-ce que 6 rencontres pour l'exposition ont été suffisantes?</i> ➤ <i>Que pensez-vous du fait que ces rencontres de groupe durent 12 rencontres?</i> ➤ <i>Qu'est-ce qui vous a aidé à réaliser les exercices d'exposition? (<u>p.</u> ex. soutien du groupe, confiance envers les thérapeutes)</i> ➤ <i>Êtes-vous allé aussi loin que vous le souhaitiez dans les exercices d'exposition?</i> ➤ <i>Avez-vous continué entre les rencontres?</i> <p>4- <i>Que pensez-vous des 2 volets sur la restructuration cognitive?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Et qu'avez-vous apprécié et moins apprécié des 2 volets sur la restructuration cognitive?</i> 	
---	--

GUIDE D'ENTREVUE DU PROJET SUR L'ACCEPTABILITÉ DE LA TCC-T

<p>5- Pouvez-vous me dire le ou les volets que vous avez le plus aimé et le moins aimé?</p> <p>6- Pouvez-vous me dire le ou les volets que vous avez le plus utile?</p>	
<p>7- J'aimerais que vous me parliez de votre expérience d'assister à ces rencontres en groupe.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Quel était votre expérience de vous exprimer devant un groupe? <ul style="list-style-type: none"> - Étiez-vous à l'aise de partager vos vécus/sentiments en groupe? - Pouviez-vous aisément prendre la parole? - Aviez-vous assez de temps pour exprimer votre vécu? - Aviez-vous assez d'attention individuelle des thérapeutes? ... et lors du volet <input type="checkbox"/> nature de l'anxiété <input type="checkbox"/> exposition <input type="checkbox"/> restructuration cognitive <ul style="list-style-type: none"> - Sentez-vous le besoin d'avoir quelques séances en individuelle avec un thérapeute ➤ Que pensez-vous de nombre de participants qui avait dans votre groupe? <ul style="list-style-type: none"> - Trop gros groupe? - Le nombre idéal de personnes pour ce genre de rencontre? ➤ Que pensez-vous du fait que vous étiez avec des personnes avec une grande différence d'âge? <p>8- Comment avez-vous trouvé la cohésion de groupe en général?</p>	<p>Aspects de la thérapie en groupe</p> <p>On veut savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si l'expérience en groupe enrichissait l'expérience (+ de soutien p/r au partage de vécu, utile d'entendre d'autres récits de difficultés ou succès pour gérer l'anxiété) - Si l'expérience en groupe mettait un frein (moins à l'aise de partager ses sentiments ou expériences, préoccupation de confidentialité)

GUIDE D'ENTREVUE DU PROJET SUR L'ACCEPTABILITÉ DE LA TCC-T

<p>9- Lors des rencontres de groupe que vous venez de suivre récemment, vous étiez avec des personnes qui ont des expériences différentes de l'anxiété (ex. : anxiété lors des situation sociale, peur de sortir dans des lieux publics, etc.)</p> <p>Que pensez-vous du fait qu'il y avait des personnes avec différents sources (causes) d'anxiété dans votre groupe?</p> <p>... lors du volet <input type="checkbox"/> nature de l'anxiété <input type="checkbox"/> exposition <input type="checkbox"/> restructuration cognitive</p>	<p>Aspect transdiagnostique</p>
<p>10- Que pensez-vous du fait d'avoir deux thérapeutes?</p> <p>(Qu'est-ce que vous avez aimé et moins aimé du fait d'avoir 2 thérapeutes?)</p> <p>... lors du volet <input type="checkbox"/> nature de l'anxiété <input type="checkbox"/> exposition <input type="checkbox"/> restructuration cognitive</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Est-ce utile d'avoir deux thérapeutes vs en avoir juste un? ➤ Il y avait-il une bonne synergie entre les 2 thérapeutes? <p>11- Avez-vous pu créer un lien avec les thérapeutes?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si oui, comment? Avec un en particulier ou les deux? ➤ Si non, quelles sont les raisons qui vous ont empêché de créer un lien avec les thérapeutes? 	<p>Aspect relation avec les thérapeutes</p>
<p>12- Comment avez-vous trouvé le manuel du participant?</p>	<p>Le matériel didactique fourni</p>

GUIDE D'ENTREVUE DU PROJET SUR L'ACCEPTABILITÉ DE LA TCC-T

<ul style="list-style-type: none"> ➤ En termes de soutien à la thérapie? (<u>aidait-il</u> à suivre la thérapie?) ➤ En termes de facilité d'utilisation? (<u>facile</u> à consulter, à utiliser?) ➤ Du point de vue visuel? (<u>agréable</u> visuellement?) ➤ Que pensez-vous du langage utilisé? (<u>est-il</u> clair et facile à comprendre?) <p>13- Si vous pouvez changer quelque chose à ce manuel pour qu'il soit plus facile et agréable à utiliser, que changeriez-vous?</p> <p>14- Les rencontres de groupe que vous avez suivi récemment s'appuient beaucoup sur les <u>exercices d'auto-observation</u> et des devoirs à la maison, pouvez-vous me parler de ce que vous pensez de ces exercices et devoirs?</p>	
A. Sentiment de surcharge	
<p>15- Aviez-vous dû faire des efforts, que ce soit physique ou psychologique, pour participer à la thérapie?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pouvez-vous me parler davantage des efforts que vous avez dû fournir pour participer à la thérapie? <p>(<u>si</u> le participants ne parle pas de lui-même de ces éléments, les aborder par une question :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'horaire des rencontres : « Comment avez-vous trouvé l'horaire des rencontres par rapport à votre horaire personnel? » (Les heures des séances de thérapie sont-elles faciles à conjuguer avec votre horaire personnel (travail, famille, étude, etc.)?) 	

GUIDE D'ENTREVUE DU PROJET SUR L'ACCEPTABILITÉ DE LA TCC-T

<ul style="list-style-type: none"> - Le lieu physique : « Comment avez-vous trouvé votre déplacement pour vous rendre à la thérapie (facilement accessible, pratique pour se rendre) » « Comment avez-vous trouvé le local où ont les rencontres? (<u>beaucoup</u> de circulation? Intime pour pouvoir s'exprimer en toute confidentialité? ») - Les exigences du travail à la maison entre les séances : Les devoirs et exercices prenaient-ils beaucoup de temps? 	
B. Éthique	
16- <i>Comment avez-vous trouvé la thérapie par rapport à vos valeurs personnelles?</i> ➤ <i>Est-ce que l'intervention est en harmonie ou allait à l'encontre de vos valeurs personnelles?</i>	
C. La cohérence de l'intervention	
17- <i>Que pensez-vous de la pertinence de ces rencontres pour le traitement de votre anxiété?</i> ➤ <i>Est-ce la bonne approche pour traiter votre problème d'anxiété?</i> ➤ <i>Est-ce que les thérapeutes ont bien expliqué comment ces rencontres peuvent aider à réduire l'anxiété?</i> - <i>C'était clair?</i> - <i>Ça fait du sens pour vous?</i>	Crédibilité perçue
D. L'efficacité perçue	
18- <i>Que pensez-vous de l'efficacité de ces rencontres pour réduire votre anxiété?</i> <i>Pour réduire les symptômes anxieux ou gérer votre problème d'anxiété</i>	
E. Coûts impliqués	

GUIDE D'ENTREVUE DU PROJET SUR L'ACCEPTABILITÉ DE LA TCC-T

<p>19- Pouvez-vous nous parler des coûts/frais impliqués pour que vous puissiez suivre ces rencontres de groupe?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pouvez-vous me parler des frais que vous avez dû déboursier pour assister à la thérapie (ex. frais de gardiennage)? ➤ Deviez-vous manquer le travail ou l'école pour assister à la thérapie? ➤ La gratuité des rencontres, favorables à la décision de débiter une thérapie et de la poursuivre? ➤ Le fait que les rencontres aient débuté rapidement après la demande de service, est-ce que cela a favorisé votre décision d'entreprendre ces rencontres de groupe? 	
F. Auto-efficacité	
<p>20- Comme la thérapie peut être exigeante sur le plan des relations avec les autres, du dévoilement personnel, des efforts, etc., lors de ces rencontres de groupe, sentiez-vous confiant d'avoir toutes les habiletés nécessaires pour y participer?</p>	
... (A. Attitudes affectives)	
<p>21- Recommanderiez-vous la thérapie à un ami qui a un problème d'anxiété?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si oui, pour quelles raisons? ➤ Si, non pour quelles raisons? ➤ Il y a-t-il d'autres choses que vous aimeriez ajouter en lien avec votre satisfaction ou insatisfaction de ces rencontres de groupe? 	<p>Vécus des patients face à la thérapie en générale</p>

GUIDE D'ENTREVUE DU PROJET SUR L'ACCEPTABILITÉ DE LA TCC-T

OBJECTIF 2 : Pistes d'amélioration possible de l'acceptabilité de la TCC-T

22- Outre ce que vous m'avez déjà dit, il y a-t-il d'autres choses qu'il serait important à améliorer pour que vous soyez plus satisfaits de ces rencontres de groupes?

(Dans le déroulement/fonctionnement de la thérapie, est-ce qu'il y a un changement qui pourrait être apporté pour faciliter leur participation)

ANNEXE 2 :
Approbation éthique de l'étude principale, approbation de l'amendement de l'étude
actuelle et formulaires de consentement

Sherbrooke, le 24 avril 2017

Pre Pasquale Roberge
FMSS Département de médecine de famille
Université de Sherbrooke

**Objet : Approbation d'une demande de renouvellement annuel par le
Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS**

Projet #MP-22-2016-570 - TCC transdiagnostique

Thérapie cognitive comportementale transdiagnostique de groupe pour les troubles anxieux: un essai contrôlé
randomisé pragmatique en première ligne

Bonjour Pre Roberge,

La présente est pour vous informer que nous avons reçu le formulaire de demande de renouvellement annuel (F9 - 3884-IUGS) pour le projet mentionné ci-haut. Une nouvelle approbation a été émise par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, qui agit comme CÉR évaluateur pour le projet de recherche mentionné en titre, via révision accélérée et sera valide du **28 avril 2017** au **28 avril 2018** et ce, pour l'ensemble des centres participants au Québec.

Il est à noter qu'aucun membre du comité d'éthique participant à l'évaluation et à l'approbation de ce projet n'est impliqué dans celui-ci.

Attestation du CÉR (REBA) :

En ce qui concerne ce projet de recherche, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, je certifie que:

1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques.
3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.
4. Ce Comité est conforme aux normes américaines. (FWA #00005894 et IRB #00003849)

Espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer, Pre Roberge, mes salutations distinguées.

Annabelle Cumyn, MDCM, MHPE
Co-Présidente du CÉR du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Sherbrooke, le 17 août 2017

Pre Pasquale Roberge
FMSS Département de médecine de famille
CIUSSS de l'Estrée - CHUS

**Objet : Approbation d'une demande de modification - F1 - 16519 par le
Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrée - CHUS**

Projet #MP-22-2016-570 - TCC transdiagnostique

Thérapie cognitive comportementale transdiagnostique de groupe pour les troubles anxieux: un essai contrôlé randomisé
pragmatique en première ligne

Bonjour Pre Roberge,

Suite à la réception de votre demande de modification, le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrée - CHUS, qui agit comme CÉR évaluateur pour le projet de recherche en titre, a approuvé, **via révision accélérée le 17 août 2017**, les documents ci-dessous et ce, pour l'ensemble des centres participants au Québec.

- *Protocole (Description_amendement_2017-08-10.docx)*
- *Addenda au FC, v.fr. 10 août 2017*
- *Guide.entrevue v. 10 août 2017*
- *Script_consentement verbal_2017-08-10.docx*

Veuillez noter que la modification est approuvée sur le plan éthique mais qu'il est de la responsabilité du chercheur de chacun des sites d'obtenir toutes les autorisations nécessaires (convenance institutionnelle) avant de débiter son recrutement.

Il est à noter qu'aucun membre du comité d'éthique participant à l'évaluation et à l'approbation de ce projet n'est impliqué dans celui-ci.

Attestation du CÉR (REBA) :

En ce qui concerne ce projet de recherche, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche, je certifie que:

1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques.
3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.
4. Ce Comité est conforme aux normes américaines. (FWA #00005894 et IRB #00003849)

ADDENDA AU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet: Thérapie cognitive comportementale transdiagnostique de groupe pour les troubles anxieux : Un essai contrôlé randomisé pragmatique en première ligne – volet étude de l'acceptabilité de l'intervention.

Numéro du projet : MP-22-2016-570

Organisme subventionnaire Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Chercheurs principaux:

- ☐ Pasquale Roberge, PhD, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke (chercheuse responsable)
- ☐ Martin D. Provencher, PhD, École de psychologie, Université Laval

Chercheuses associées:

- ☐ Isabelle Gaboury, PhD, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke
- ☐ Ai-Thuy Huynh, Candidate à la maîtrise, Faculté de médecine et des sciences de la santé

POUR INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE

Du lundi au vendredi entre 8h et 16h, vous pouvez communiquer avec :

Pre Pasquale Roberge

Mme Annie Benoit
coordonnatrice de recherche

Vous avez déjà signé un formulaire de consentement pour participer à l'étude mentionnée ci-dessus. Le présent addenda fait partie de la procédure de consentement. Celui-ci a été rédigé pour vous transmettre de nouvelles informations et vous demander de participer à un volet complémentaire imbriqué à l'étude principale qui consiste en une entrevue individuelle supplémentaire.

Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Veuillez noter que toutes les informations contenues dans le formulaire de consentement principal demeurent en vigueur.

DÉTAIL DES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Si vous acceptez de participer à ce volet, votre participation consistera en une seule rencontre qui durera approximativement 90 minutes. Cette entrevue en face-à-face, via ordinateur ou par téléphone aura lieu 4 mois après la fin de votre participation à la thérapie. Le but de cet entretien est d'examiner l'acceptabilité de la TCC-T offerte dans un contexte de 1ère ligne selon le point de vue des patients ayant un trouble anxieux. Elle aura lieu soit à l'endroit où vous avez suivi la thérapie ou l'endroit où les évaluations de l'équipe de recherche se déroulent. Lors de cette entrevue, des questions vous seront posées entourant votre expérience et votre opinion sur les différentes caractéristiques de la thérapie ainsi que vos suggestions pour l'améliorer. L'entrevue sera enregistrée sur bandes audios afin de recueillir les informations exactes issues des échanges et ainsi faciliter l'analyse des données. Une étudiante à la maîtrise, Mme Ai-Thuy Huynh, réalisera ces entrevues.

COMPENSATION

Vous recevrez un montant de 40\$ pour cette rencontre en compensation des frais encourus et des contraintes subies pendant votre participation.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable ou avec une personne de l'équipe de recherche. SVP vous référer à l'encadré de la page 1.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services de votre région :

- CIUSSS de l'Estrie - CHUS : 1-866-917-7903
- CISSS de Laval : 1-450-668-1010, poste 23628
- CIUSSS de la Capitale-Nationale: 1-418-663-5555

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie -CHUS a approuvé le projet et assurera le suivi du projet, pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec participants.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au numéro 819-346-1110, poste 12856.

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance de l'addenda au formulaire d'information et de consentement, particulièrement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent addenda. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom du participant

(lettres moulées)

Signature du participant

Date

ENGAGEMENT DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui
obtient le consentement
(lettres moulées)

Signature

Date

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent addenda au formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom du chercheur
Date
(lettres moulées)

Signature du chercheur

SCRIPT POUR OBTENIR LE CONSENTEMENT VERBAL

(Entrevues via ordinateur ou par téléphone)

- Vous avez déjà signé un formulaire de consentement pour participer à l'étude intitulée *Je me libère de l'anxiété*.
- Un volet complémentaire a été ajouté à ce projet et nous vous invitons à participer à ce volet en nous accordant une seule entrevue qui durera approximativement 90 minutes.
- Le but de cet entretien est d'examiner l'acceptabilité de la TCC-T offerte dans un contexte de 1ère ligne selon le point de vue des patients ayant un trouble anxieux.
- Ainsi, lors de cette entrevue, des questions vous seront posées entourant votre expérience et votre opinion sur les différentes caractéristiques de la thérapie ainsi que vos suggestions pour l'amélioration de la thérapie.
- L'entrevue sera enregistrée sur bandes audios afin de recueillir les informations exactes issues des échanges et ainsi faciliter l'analyse des données.
- Le contenu de l'entrevue est confidentiel et des mesures seront prises pour préserver l'anonymat.
- Veuillez noter que toutes les informations contenues dans le formulaire de consentement principal demeurent en vigueur.
- Vous pouvez mettre fin à votre participation à ce volet ou à l'enregistrement en tout temps ou vous pouvez demander d'effacer certains extraits sans que cela vous cause aucun préjudice.
- Vous recevrez un montant de 40\$ pour cette rencontre en compensation des frais encourus et des contraintes subies pendant votre participation.
- Avez-vous des questions concernant votre participation à ce volet?

M. ou Mme _____, acceptez-vous de participer à ce volet complémentaire à l'étude principale?

Je soussignée, _____, certifie avoir expliqué au participant le projet de recherche et répondu aux questions qu'il m'a posées.

Signature qui a obtenu le consentement

Date